

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

517

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1904, à 1 heure

Par M. CHARLES PETIT

Né à Montcornet (Aisne), le 29 Mai 1877

RESULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DE

L'EPIDIDYMECTOMIE POUR TUBERCULOSE

Président : M. RECLUS, Professeur.

Juges : MM. TERRIER, Professeur.

LEJARS, |
LEGUEU, | *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	DEBOVE.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		POIRIER.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		ROGER.
		LANDOUZY.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....		DEBOVE.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		JOFFROY.
		RAYMOND.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
Clinique gynécologique.....	}	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		BUDIN.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	MARION.	THIROLOIX.
AUVRAY.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BEZANÇON.	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
BROCA (André).	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
CUNEO.	LAUNOIS.	RIEFFEL, <i>Chef des</i>	
DEMELIN.	LEGREY.	<i>travaux anatomiques.</i>	
DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DUPRE.	LEPAGE.	THIERY.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

« Témoinage de reconnaissance et de profonde affection ».

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur RECLUS

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté.

Membre de l'Académie de Médecine.

AVANT-PROPOS

Le traitement de la tuberculose testiculaire a subi de nombreuses transformations depuis un siècle. Cette question est passée par plusieurs phases, toujours soumise dans son évolution aux découvertes de la science et à l'influence des théories multiples qui se sont succédé. Elle a donné lieu à des discussions souvent passionnées.

Le traitement, tour à tour timide au début, audacieux avec les progrès de la chirurgie, est entré depuis quelques années dans une voie plus sage, plus conservatrice.

Le chirurgien ne doit être ni abstentionniste, ni interventionniste de parti pris ; il doit envisager avant tout l'importance physiologique de l'organe sur lequel il opère ; la technique opératoire doit varier suivant les cas. Pour ce qui est de la glande testiculaire, on sait, par les expériences de la physiologie moderne, qu'en dehors de la spermatogénèse elle a sur le fonctionnement des centres nerveux une action encore indéterminée, mais indéniable.

Aussi, doit-on, dans la mesure du possible, essayer de la conserver.

L'épididymectomie, résection totale ou partielle de l'épididyme, tout en respectant le testicule, peut donner de bons résultats quand elle est pratiquée assez tôt, avant que les lésions aient eu le temps de se généraliser.

C'est cette opération, dite économique, que nous vou-

lons étudier. Nous consacrerons d'abord quelques lignes à l'historique de l'opération ; puis, après quelques considérations sur la pathogénie de la lésion dont elle est le traitement, nous essaierons de prouver à l'aide de quelques documents que, pratiquée suivant un manuel opératoire considéré par M. Hartmann comme le procédé de choix, elle n'est nullement dangereuse, n'engendre pas d'accidents et donne des résultats, sinon excellents, du moins satisfaisants et durables.

Nous prions M. le Dr Hartmann, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, de recevoir l'assurance de notre sincère reconnaissance. C'est dans son service de chirurgie des Voies urinaires de l'hôpital Lariboisière, que nous avons recueilli la plupart des observations qui nous ont servi à étayer cette thèse. Ce qui nous a paru présenter le plus d'intérêt, c'est, malgré les difficultés qu'elle présente, la recherche des résultats éloignés. Aussi, est-ce de ce côté que nos efforts ont été spécialement dirigés. Pour obtenir un succès complet il nous aurait fallu revoir nos quatorze malades. Nous avons été assez favorisé puisque nous avons pu retrouver et examiner neuf d'entre eux. Cette moyenne, relativement élevée, nous permettra de porter un jugement sur la valeur du procédé d'épididymectomie que nous décrivons plus loin.

Nous devons aussi des remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux : MM. les Drs Peyrot, Schwartz, Souligoux et Oulmont.

Nous avons profité des leçons faites à l'hôpital Cochin, par M. le Prof^r agrégé Vidal.

M. le Prof^r Lannelongue et M. le Dr Villemin, alors chirurgiens de l'hôpital des Enfants malades, nous ont

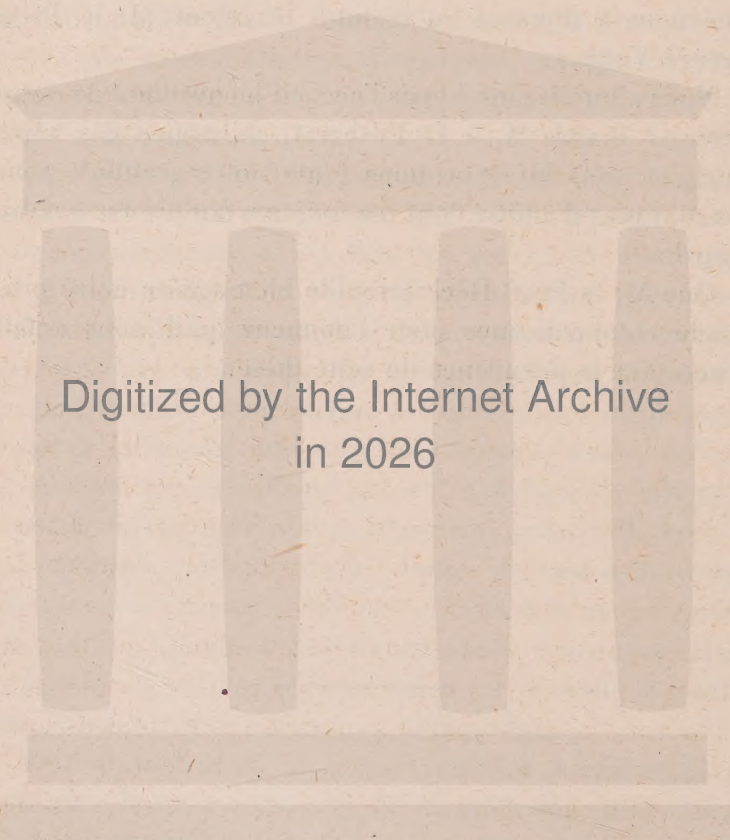
familiarisé un peu avec les affections chirurgicales de l'enfance.

Nous remercions particulièrement M. le Prof^r Pinard qui nous a enseigné l'art des accouchements.

Nous aimerons à nous rappeler les marques d'intérêt que nous a données en maintes occasions M. le Prof^r agrégé Vaquez.

Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant de notre premier maître M. le D^r Potherat, chirurgien des hôpitaux, et nous lui exprimons toute notre gratitude pour les marques d'amitié dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Que M. le Prof^r Reclus veuille bien agréer notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0051

HISTORIQUE

Avant la découverte de l'antisepsie, les chirurgiens traitaient rarement la tuberculose testiculaire par les opérations sanglantes. Les plus audacieux avaient bien recours à la castration, mais la plupart se contentaient quelquefois d'opérations palliatives, et le plus souvent du traitement médical.

Mais les opérations radicales et l'abstention poussée à outrance ayant eu des effets désastreux, quelques chirurgiens en vinrent à proposer des opérations conservatrices. C'est ainsi qu'en 1830, Astley Cooper conseillait l'ablation partielle au bistouri des fongosités saillantes du testicule. En 1834, Bérard, ayant remarqué que les tubercules arrivaient difficilement à la résolution et engendraient des abcès et des fistules, proposait d'inciser de bonne heure les masses tuberculeuses.

Malgaigne, dans une communication faite en 1851 à l'Académie de Médecine, émettait l'idée de la résection des foyers caséeux de l'épididyme. Son procédé consistait à circonscrire à l'aide des ciseaux ou du bistouri les téguments contenant l'orifice fistuleux, le trajet de la fistule et l'abcès où elle prend naissance. On devait pénétrer, disait-il, toutes les fois que cela était nécessaire, jusque dans l'épaisseur du parenchyme testiculaire.

En 1861, eut lieu l'avènement de l'ère antiseptique et à la même époque, Villemin et Koch ayant montré le

danger d'abandonner à eux-mêmes des foyers inoculables, la castration revint en honneur. Elle compta alors de nombreux partisans : en France, MM. Tillaux, Poncet, Reclus, — en Angleterre, Puzey, Bloxam et en Allemagne, Smith. En même temps, Verneuil, avec la cautérisation ignée et Volkmann, avec le curettage, étaient les grands adversaires de la castration.

Sous l'influence des mauvais résultats donnés par les opérations radicales et aussi des découvertes de Brown-Séquard, la question du traitement de la tuberculose testiculaire fut mise de nouveau à l'étude. Les partisans de la castration reconnurent leurs torts et tentèrent la conservation du testicule quand les lésions de cet organe n'étaient pas trop avancées.

Les opérations qu'ils pratiquèrent alors, tout en étant aussi curatrices que la castration, n'en eurent pas les inconvénients. On reprit les cautérisations de Verneuil et les injections médicamenteuses (éther iodoformé, naphthol camphré) qui ne donnèrent pas de brillants résultats. M. le Prof^r Lannelongue obtint, paraît-il, des guérisons par sa méthode sclérogène. M. Quénu, employant le curettage réglé qui porte son nom, eut de bons résultats.

C'est alors que plusieurs chirurgiens, convaincus du rôle important que joue le testicule dans la conservation de la santé générale et guidés par la même idée : enlever l'épididyme malade en laissant la glande testiculaire indemne, eurent recours à des opérations qui reçurent le nom d'épididymectomies.

La première opération de ce genre fut faite en 1880 par Bardenhauer.

En 1889, Villeneuve, chirurgien de Marseille, opéra un malade atteint d'épididymite tuberculeuse droite en faisant l'ablation de l'épididyme, opération qu'il crut nouvelle et qu'il désigna sous le nom d'épididymectomie. Le résultat obtenu fut satisfaisant. Villeneuve conseillait d'enlever en même temps les vésicules séminales quand leurs lésions étaient assez prononcées.

En 1890, M. le Prof^r Duplay traita par le même procédé une tuberculose épididymaire

Au Congrès pour l'étude de la tuberculose en 1891, M. Humbert, sans avoir eu connaissance des opérations de Bardenhauer, de Villeneuve et de Duplay, préconisa un procédé opératoire appelé depuis Opération de Humbert. Cette opération n'était autre que l'épididymectomie.

Lejars la pratiqua suivant une nouvelle méthode en 1893.

En 1894, Mynten en publia plusieurs observations.

En 1896, dans une leçon publiée dans le *Bulletin médical*, M. le Prof^r Tillaux qui était quelques années auparavant un des grands partisans de la castration, déclara avoir pratiqué avec succès l'épididymectomie sur un jeune étudiant (Observation de M. Marion in thèse Berthelot).

A partir de cette époque, la plupart des chirurgiens traitèrent ainsi le sarcocèle tuberculeux, mais les procédés opératoires varièrent avec chaque opérateur.

MM. Poncet, de Lyon, Pujol, Schwartz, Legueu, Demoulin, Routier pratiquèrent fréquemment l'épididymectomie avec succès.

PATHOGÉNIE DES LÉSIONS TUBERCULEUSES DU TESTICULE

Deux opinions ont été émises au sujet de la pathogénie des lésions tuberculeuses de l'appareil génital.

La première considère la tuberculose génitale comme une affection locale débutant d'emblée dans cet appareil, susceptible d'y rester confinée sans se généraliser, ou ne se généralisant que beaucoup plus tard.

« Il est surabondamment prouvé, dit Cayla, que l'appareil génito-urinaire peut être seul envahi par la tuberculose. Il est même digne de remarque de voir que la tuberculose reste longtemps cantonnée dans ce système alors que le malade conserve d'autre part toutes les apparences de la santé ».

M. Reclus a constaté, à l'autopsie, que la tuberculose génitale existait seule, sans lésions pulmonaires dans $\frac{1}{3}$ des cas.

« En quoi serait-il étonnant, dit M. Reclus, que la tuberculose puisse naître dans le testicule et s'y cantonner ? Ne paraît-il pas y avoir, en définitive, des tuberculisations localisées qui tiennent à des causes locales comme il y a des tuberculoses généralisées qui tiennent à des causes générales » et il ajoute : « Nous citerons l'exemple d'hommes qui, il y a 10 ans, 20 ans, 30 ans même ont eu un testicule tuberculeux ; or ils se portent

« bien et ne gardent comme souvenir de cette affection
« que la cicatrice des anciens trajets fistuleux ».

Villard, sur 176 autopsies, trouve 113 fois le poumon pris, soit $\frac{64}{100}$; mais il faut remarquer que ces constatations ont été faites à l'autopsie, très longtemps sans doute après l'apparition des phénomènes du côté de l'appareil génital et que les lésions pulmonaires pourraient être et sont sans doute dans beaucoup de cas consécutives aux lésions génitales.

M. Guyon, sur 28 cas examinés, trouve 11 tuberculoses pulmonaires.

La seconde opinion fait de la tuberculose génitale une manifestation secondaire de la diathèse générale. Avant de porter des lésions du côté de leur testicule, les malades auraient présenté des symptômes de tuberculose du côté de l'appareil pulmonaire.

Les deux opinions sont admises, mais nous envisagerons surtout les cas où la tuberculose testiculaire est primitive. Dans les observations que nous avons recueillies, la plupart des malades ne présentaient pas de signes de tuberculose pulmonaire et n'avaient pas d'ancédents héréditaires bacillaires. Sur les 14 malades faisant le sujet de ces observations, on trouve une seule fois les symptômes de la tuberculose pulmonaire — il y a deux cas douteux — par conséquent 11 malades n'ont jamais ni toussé, ni craché et chez eux l'auscultation des poumons est négative.

Nous admettons donc la localisation primitive de la tuberculose sur l'appareil génital, mais nous pouvons nous demander quelle est la partie de cet appareil qui subit les premières atteintes de l'infection.

Dans la tuberculose testiculaire, le testicule est rarement atteint seul : l'épididyme, les canaux déférents, les vésicules séminales et la prostate peuvent être atteints simultanément.

Dufour et Cruveilhier constatent si souvent le testicule et la prostate pris ensemble qu'ils décrivent la tuberculose de ces organes dans le même chapitre.

Ricord trouve que l'épididyme est toujours envahi quand il y a du tubercule en un point quelconque de l'appareil génital. Non seulement l'épididymite accompagne l'orchite mais c'est elle qui est prédominante. Les vésicules portent des lésions caractéristiques de tuberculose, la prostate change de forme, s'hypertrophie, présente des inégalités et des bosselures.

M. Guyon rapporte une statistique, basée sur 127 cas, dans laquelle les lésions se décomposent ainsi :

Prostate seule.....	56 fois
Prostate et vésicules.....	11 —
Epididyme seul.....	2 —
Tout	50 —
Tout avec prostate douteuse.....	2 —
Tout avec vésicule douteuse.....	6 —

D'après cette statistique, l'épididyme serait rarement le point de départ des lésions.

M. Reclus, sur 69 observations, dont 59 extraites du *Bulletin de la Société anatomique* (1863-1889) et 10 personnelles, trouve l'association suivante :

Tuberculose de l'épididyme et du testicule..	48 cas
— de l'épididyme seul.....	20 —
— du testicule seul.....	4 —

Wiessler, sur 27 cas de tuberculose testiculaire, note 3 fois des lésions de l'épididyme seul et 24 fois des lésions simultanées du testicule et de l'épididyme. D'après cela, ce ne serait donc pas le testicule qui serait atteint le premier puisque l'épididyme est lésé aussi. Dans ces 27 cas, la prostate et les vésicules étaient saines.

Dürr rapporte 39 cas où les lésions ont débuté par l'épididyme. D'après lui, c'est seulement 6 mois ou 1 an après que la maladie s'est propagée.

Dimitresco, sur 16 cas, trouve l'épididyme pris seul 10 fois, la prostate et les vésicules 6 fois. « Il est exceptionnel de trouver le testicule atteint en dehors de l'épididyme ».

D'après Lancereaux, « la tuberculose des organes génitaux ordinairement double, laisse le plus souvent le corps du testicule intact ».

Ropers (1) trouve sur 124 cas les lésions distribuées comme il suit :

L'épididyme est pris seul.....	75 fois
— et le testicule.....	48 —
Le testicule seul.....	1 —

Dans les 48 cas d'orchi-épididymite, on peut admettre, au moins pour un certain nombre, que la lésion a été primitivement épididymaire.

Dans cette même statistique, le canal déférent est pris 42 fois :

25 fois sur les 48 cas d'orchi-épididymite.
17 — 75 cas d'épididymite.

(1) Thèse de Bordeaux.

Dans les cas d'épididymo-orchite, avec lésions du canal déférent, on peut admettre que l'extension se sera faite de l'épididyme vers le testicule d'un côté, vers le canal déférent de l'autre, sous l'influence d'une infection particulièrement grave de l'épididyme.

En effet, s'il y a lésion grave, auquel cas le testicule est pris, le cordon l'est assez souvent, ainsi sur 48 cas d'orchi-épididymite, le cordon est pris 25 fois ; au contraire, si la lésion est bénigne, si l'épididyme est seul atteint, le cordon est plus souvent sain. Sur les 75 cas d'épididymite seule, le cordon n'était envahi que 17 fois.

Donc, nous en rapportant à ces données, nous voyons que très souvent la prostate et les vésicules sont prises en même temps que l'épididyme ou le testicule ; mais si nous ne voulons envisager que le testicule, le cordon et l'épididyme, nous admettrons que c'est ce dernier qui présente les premières manifestations de la tuberculose locale, qu'il est souvent pris seul et que le testicule ne paraît jamais pris à l'exclusion de l'épididyme. « Il est « fréquent de trouver des noyaux caséux dans le seul « épididyme » dit M. Reclus.

On a émis cette idée que la tuberculose descendait le cours de l'urine et remontait le sperme. Venant des vésicules ou de la prostate, l'infection doit passer par l'épididyme pour arriver au testicule. Mais cette marche est très lente et les lésions peuvent rester longtemps confinées dans l'épididyme avant d'atteindre la glande elle-même.

« Il ressort, dit Cayla, que la tuberculose génitale suit une marche ascendante de la prostate au testicule ;

une lésion tuberculeuse d'une portion de ces canaux suppose toujours une lésion de même nature située au-dessus. Mais, nous objectera-t-on, dans l'infection génitale, la propagation se fait donc contrairement à la loi générale qui veut que le transport se fasse dans le sens du courant du liquide qui charrie l'agent infectieux puisqu'il marche contre le courant du sperme? Nous répondrons que dans les voies génitales, le courant est, non pas rétrograde, mais indifférent, et que c'est d'une façon intermittente que le sens du courant s'affirme au moment de l'éjaculation. La stagnation des produits, les anfractuosités que présentent ces conduits sont des conditions éminemment favorables à l'inoculation et au développement des produits infectieux. Le fait de propagation contre le courant du sperme se produit également dans la blennorrhagie : il y a là évidemment des conditions de circulation inhérente à ces conduits qui semblent favoriser ce mode de propagation en apparence normal ».

Relativement au mode de pénétration du bacille tuberculeux dans l'appareil génital, diverses théories ont été émises.

Les uns prétendent que c'est la voie sanguine qui apporte à la prostate et aux vésicules séminales le bacille contenu dans le torrent circulatoire. En général, les premières localisations bacillaires se font dans les régions vascularisées. La région prostatovésiculaire répond très bien à cette condition, mais il n'est pas prouvé que la voie sanguine puisse apporter directement le germe dans le testicule.

De la prostate et des vésicules, les lésions s'étendraient alors à l'épididyme et plus tard au testicule en suivant

la voie déférentielle. En effet, d'après les statistiques reproduites plus haut, le testicule est rarement pris seul. Donc il est difficile d'admettre que le bacille y arrive directement par le sang.

C'est du moins l'avis de M. Legueu :

« La tuberculose gagne plus souvent le testicule par la voie déférentielle que par la voie sanguine. Assurément, je ne veux pas refuser au testicule le droit de recevoir de ses vaisseaux sanguins le bacille de Koch qui va l'infecter, mais ce que je soutiens, ce que j'affirme, c'est que les bacilles suivent rarement cette voie, car s'il en était ainsi, je ne pourrais expliquer ni la préexistence, ni la prédominance des lésions épидidymaires, c'est-à-dire de la partie du testicule la moins vascularisée, la plus dépourvue au point de vue de la circulation ».

En faveur de la théorie de la propagation par la voie déférentielle, on peut mentionner le cas publié par Siredey et cité par Guelliot : chez un sujet de 42 ans, emporté par la phtisie, les organes génitaux étaient intacts à gauche, mais à droite il y avait des masses caséuses dans la prostate, dans la vésicule et dans l'épididyme. L'unilatéralité de ces lésions implique bien l'idée de propagation déférentielle. M. Legueu a trouvé, dans un cas, les lésions sur le canal déférent en train de gagner l'épididyme.

Quant à la transmission par la voie lymphatique, elle est sûrement très rare.

La voie péritonéo-vaginale par inoculation se retrouve chez les enfants. MM. Hutinel et Deschamps en ont donné des exemples manifestes : « Le testicule est

« pris dans ses couches périphériques et sans envahissement de l'épididyme ; les tissus de la séreuse sont épaissis, fondus, unis à l'albuginée dans une coque hypertrophique. » D'après M. Reclus, ce ne peut être qu'une étiologie très rare.

La voie rénale fut entrevue par Rayet et soutenue par divers auteurs : Lécorché, Brissaud, Durand-Fardel. Les bacilles, venus du rein qu'ils ont abordé par le glomérule, vont s'inoculer aux points de stagnation de l'urine et, en particulier, au bas-fond de la vessie et dans la région prostatique. De là, impuissants à coloniser dans l'urèthre, ils se dirigent au contraire du côté de la glande génitale.

La voie uréthrale fut aussi incriminée. On admit que la tuberculose pouvait se transmettre à l'appareil génital à la suite de rapports sexuels.

Cohnheim émit le premier l'idée que l'homme pouvait contracter la tuberculose pendant le coït avec une femme atteinte de bacillose utérine ou vaginale. M. Fernet (*Bulletin et Mémoires de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*) soutint cette doctrine et reconnut que l'infection tuberculeuse pouvait être et était habituellement le résultat direct d'une contagion directe par les organes sexuels.

Le bacille contenu dans le sperme avait pu être apporté par un malade tuberculeux urinaire dans le vagin ou dans l'utérus où, grâce à la chaleur et au contact suffisamment prolongé, il avait trouvé les conditions nécessaires à une inoculation.

Nous ne discuterons pas ces théories, mais nous dirons que, dans tous les cas, pour admettre la localisation de la tuberculose sur l'appareil génital et en particulier sur

le testicule, il faut que le terrain soit préparé. La région est assez exposée aux traumatismes : le testicule est sujet à des chocs nombreux, l'épididyme peut aussi subir des froissements.

D'après M. Reclus, les traumatismes, les irritations de l'urèthre, les blennorrhagies antérieures amenant comme résultat des poussées aiguës au niveau d'une partie indéterminée de l'appareil génital, peuvent hâter l'éclosion du tubercule.

A l'époque de la puberté, la glande est dans un état de suractivité spéciale et chez l'homme mûr les causes d'excitation sont fréquentes. La tuberculose peut se porter, chez un individu prédisposé, aux points de moindre résistance.

A l'appui de cette opinion, il est intéressant de remarquer que, parmi les quatorze malades dont les observations sont publiées plus loin, sept avaient eu la blennorrhagie, trois font coïncider le début des lésions avec un traumatisme et ces derniers font partie de ceux qui avouaient avoir présenté des écoulements gonorrhéïques, deux autres prétendent avoir ressenti les premières douleurs à la suite d'un surmenage ou d'un exercice violent.

En résumé, n'envisageant que l'adulte, nous nous croyons autorisé à admettre que, quelles que soient les voies par lesquelles le bacille de Koch peut arriver dans l'appareil génital, il se localise très rarement d'emblée dans le testicule.

Dans la pluralité des cas, il y a des lésions de la prostate et des vésicules et la propagation se fait vers le testi-

cule en suivant le canal déférent et en passant par l'épididyme. La lésion peut rester confinée dans cette partie de la glande séminale pendant un temps variable, plus ou moins long, suivant les sujets, les produits tuberculeux ne s'étendant que tardivement au testicule.

INDICATIONS DE L'ÉPIDIDYMECTOMIE

Les constatations faites au chapitre précédent relativement à la pathogénie de la tuberculose du testicule et à la marche des lésions, nous amènent à penser que le traitement rationnel, l'opération de choix dans un cas d'épididymite bacillaire sans lésions appréciables du testicule est l'ablation de la partie de la glande séminale où siègent les noyaux tuberculeux.

Supposons un malade présentant une tuméfaction douloureuse au niveau du scrotum ; la palpation pratiquée sur le testicule à la partie postérieure de celui-ci révèle l'existence d'une saillie allongée, douloureuse à la pression et dans laquelle un examen plus attentif décèle la présence de noyaux indurés. Le testicule lui-même, séparé de cette partie douloureuse par un sillon très net, paraît normal, sa surface est lisse et régulière, et une pression exercée sur lui fait naître seulement la sensation pénible spéciale provoquée par tout choc de cet organe. On trouve peu de liquide ; il y a des lésions de la prostate et des vésicules séminales.

L'état général du malade est satisfaisant.

Une fois porté le diagnostic d'épididymite bacillaire, quelle est la conduite à tenir ?

Faut-il être de l'avis des anciens chirurgiens qui, en pareil cas, s'abstenaient, ou faut-il s'en tenir au seul traitement médical ?

L'une ou l'autre alternative ne pourra donner que de fâcheux résultats.

Le traitement médical est généralement sans influence sur des lésions de cette nature. Aussi est-il abandonné depuis longtemps.

D'un autre côté attendre c'est permettre à la lésion d'envahir le testicule, c'est donner à la suppuration le temps de se produire.

Dufour était partisan de l'abstention. Il pensait que la tuberculose épидидymaire se généralisait fatalement. Il voulait éviter au malade une souffrance inutile, d'autant plus, disait-il, que l'intervention est directement nuisible. D'après lui, elle est le coup de fouet qui rend plus rapide l'envahissement des organes voisins.

M. Bouisson a dit : « N'opérez pas si votre tuberculose est locale, elle guérira toute seule. »

« N'opérez pas, disait aussi Cruveilhier, la guérison peut survenir toute seule. »

Il faut abandonner maintenant cette manière de voir. Presque toujours la lésion s'étendra au testicule et aboutira à la suppuration avec fistules.

« Les suppurations chroniques, a dit M. Reclus, ne sont jamais une bonne chose et l'organisme ne saurait les tolérer impunément. »

Puis M. Reclus, préconisant la castration à une époque où elle était la seule opération sanglante pratiquée pour le traitement de la tuberculose testiculaire ajoute : « Lors-
» qu'un individu, bien portant d'ailleurs, ou qui du moins
» a les poumons en bon état, est atteint de tuberculose
» génitale, si l'épididyme est seul envahi on s'abstiendra

» de toute intervention, mais si le testicule proprement
» dit se prend à son tour, on pratiquera la castration ».

Nous croyons qu'il est bon de ne pas laisser aux lésions le temps de s'étendre. Il faut opérer, essayer de guérir de suite le malade qui peut succomber à une complication quelconque et ne pas le laisser exposé aux inconvénients de la castration que nous nous proposons d'énumérer plus loin.

Nous pouvons enlever le noyau tuberculeux induré, encore limité à l'épididyme, mais dangereux pour l'avenir : opérons donc et pratiquons l'épididymectomie.

Si même, comme cela arrive quelquefois, les lésions de l'épididyme ont donné lieu à de la suppuration ayant entraîné la formation de fistules, sans toutefois atteindre la glande séminale elle-même, le manuel opératoire que nous décrirons nous permettra de détruire toutes les lésions en faisant à la fois l'ablation de l'épididyme, des trajets fistuleux et des portions de peau contenant les fistules.

Mais, objectera-t-on, en cas de bilatéralité des lésions, si on pratique la double épидидymectomie, on entraînera la stérilité chez le malade opéré.

C'est inévitable, répondrons-nous, mais il faut se rappeler que le testicule tuberculeux livré à lui-même peut, dans certains cas, suivre le processus suivant : formation de pus, évacuation de ce pus, apparition de nouveaux dépôts ou de bourgeons charnus qui tapissent la paroi et comblent la cavité qui s'oblitére. Donc à quoi sert l'épididyme s'il ne peut plus transporter vers les vésicules séminales les produits de sécrétion de la glande ?

Il vaut mieux en pratiquer la résection. De cette façon,

et sans nuire au fonctionnement de l'appareil, on peut empêcher la formation de nouvelles suppurations. S'il n'y a pas eu écoulement spontané de pus, il n'y aura pas de fistules.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nombreux sont les procédés opératoires pour l'ablation de l'épididyme tuberculeux. Nous ne ferons que citer les différents modes d'opération employés.

Le *procédé de Bardenhauer* (1880) est le premier en date.

Le *procédé de Villeneuve* de Marseille (1889) est exposé dans la thèse de Platon (Montpellier, 1898). Depuis 1891, Villeneuve y ajoute systématiquement la vésiculectomie.

Le *procédé de Duplay* est mis en pratique depuis 1890. C'est une méthode d'extirpation des foyers au bistouri, suivie de réunion.

Le *procédé de Humbert* (1891) présente la particularité suivante : après avoir isolé le corps de l'épididyme et établi une véritable anse épидидymaire, l'organe ne tenant plus au testicule que par sa tête et sa queue, celles-ci sont désinsérées au thermocautère. Si la tunique paraît atteinte : râclage à la curette et thermo-cautérisation.

Le *procédé de Lejars* est l'épididymectomie partielle, avec ou sans résection du canal déférent. Si l'épididyme est envahi en entier, il pratique l'épididymectomie totale, avec ou sans déférentectomie.

M. Lejars estime que les lésions débutent par l'épididyme. Il faut donc des interventions aussi économiques

que possible sur le canal déférent, Il recommande instamment de ménager les vaisseaux du cordon.

Le *procédé de M. Legueu* est décrit dans la thèse d'Audebal. Les trois points principaux de cette méthode sont :

- 1°) Incision unique médiane postérieure ;
- 2°) Ablation de l'épididyme tout entier ;
- 3°) Ablation systématique du feuillet pariétal de la vaginale.

Le *procédé de M. Delbet*, indiqué par lui à la Société de chirurgie (31 mars 1891) a comme caractéristique de faire une incision antérieure pour ouvrir la vaginale et sortir le testicule qu'on peut examiner soigneusement. Ablation de l'épididyme quand les lésions sont limitées à cet organe. Si on a des doutes sur le testicule, ne pas hésiter à le fendre.

Les 14 malades dont nous relatons les observations dans ce travail ayant été opérés par M. Hartmann suivant une méthode qu'il considère comme le procédé de choix, nous décrirons ce dernier en entier.

C'est depuis 1901 seulement que M. Hartmann a modifié son mode opératoire.

Il avait d'abord traité la tuberculose épididymaire par les curettages d'abcès, mais, la guérison étant longue à se produire, il avait pensé qu'il valait mieux réséquer l'épididyme. Alors, continuant à opérer suivant un manuel se rapprochant du curettage, il faisait des incisions en côtes de melon comprenant la partie abcédée et la

peau correspondante. Mais il était difficile, au cours de l'opération, de s'orienter. On ne savait pas au juste où étaient les vaisseaux, on ne savait pas ce que l'on faisait : l'opération était en somme un peu aveugle.

Aussi, depuis la fin de 1901, M. Hartmann a-t-il modifié son manuel opératoire, et, au lieu d'inciser directement au niveau des noyaux tuberculeux, a-t-il fait l'incision plus en avant de manière à ouvrir d'abord la tunique vaginale et à commencer l'opération par une exploration directe du testicule et de l'épididyme.

Nous empruntons au *Traité de Médecine opératoire* de MM. Berger et Hartmann la description de l'opération.

Procédé de choix. — La peau est incisée en avant du scrotum, l'incision se recourbant en dehors, puis en arrière pour se dédoubler et circonscrire s'il y a lieu des orifices fistuleux ou des abcès adhérent au scrotum. Immédiatement ensuite la vaginale est ouverte. C'est le seul moyen de se rendre compte de l'état des lésions, c'est celui qui permet le mieux de voir le testicule et de l'épargner au cours de la dissection de l'épididyme.

Rien n'est plus facile que de séparer la partie moyenne de l'épididyme ; il existe à son niveau, en dehors, un cul-de-sac de la vaginale qui le sépare du testicule (fig. 1). Si ce cul-de-sac est oblitéré par des adhérences, quelques coups donnés avec la pointe du bistouri les sectionnent : le plus souvent même le bistouri est inutile et un instrument mousse suffit pour décoller le corps de l'épididyme.

On voit alors nettement les limites de l'épididyme et il suffit de traîner le bistouri dans la prolongation du cul-de-sac vaginal sous-épididymaire pour sectionner les

tractus fibreux qui réunissent la queue de l'épididyme au testicule.

Cette section doit être faite à petits coups, de manière



FIG. 1. — Coupe d'un testicule avec ses enveloppes (en partie d'après DEEVER).

On voit sur cette coupe, le cul-de-sac séreux sous-épididymaire, les rapports de l'épididyme et des vaisseaux, etc. (H. HARTMANN, *Organes génito-urinaires de l'homme*).

qu'on puisse s'arrêter dès que l'on a coupé toutes les adhérences qui réunissent la queue de l'épididyme au testicule et qu'on n'intéresse que peu ou pas les vaisseaux.

qui se trouvent du côté interne (On peut, si l'on veut, commencer la libération par la tête de l'épididyme) (fig. 2).

Dès que la queue de l'épididyme est libérée, on peut la relever, et, continuant la dissection, séparer le corps des vaisseaux et nerfs qui croisent presque perpendiculairement sa face interne pour aborder le testicule. On

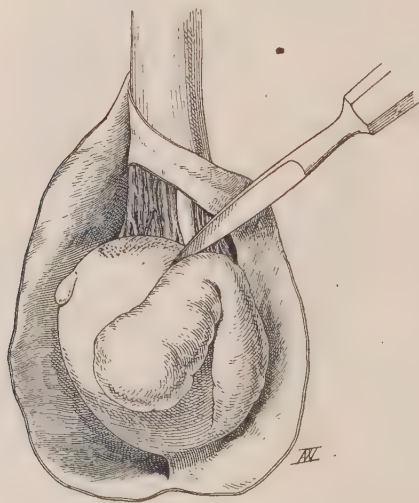


FIG. 2. — Épidymectomie (La vaginale ayant été largement ouverte, le chirurgien détache avec le bistouri l'épididyme et ménage les vaisseaux situés en arrière et en dedans) (H. HARTMANN, *Organes génito-urinaires de l'homme*)

arrive ainsi au niveau de la tête de l'épididyme, redoublant de prudence dans la dissection pour éviter les vaisseaux qui sont nombreux au niveau de son bord interne. Si le testicule, au niveau du hile, ne semble pas absolument sain, on peut, comme le conseillent Lejars et Poncet, inciser longitudinalement l'albuginée, et, si cela est nécessaire, faire une excision cunéiforme de la substance tes-

ticulaire après cette orchidotomie exploratrice (1). De fines pinces de Kocher ont été placées sur les points saignants au cours de l'épididymectomie. Celle-ci terminée, avec une aiguille courte et un fin catgut, nous faisons, avec une suture en surget, la réunion des bords de l'albuginée, réalisant en même temps l'hémostase des parties. Ramenant les fragments de vaginale conservés, nous nous en servons pour constituer une gaine au cordon.

Il est évident que dans les cas où les lésions sont limitées, on peut se contenter de pratiquer une épididymectomie partielle, suivant le conseil donné par Duplay (2).

Un petit drain est placé et la peau réunie comme après une castration ».

Dans certains cas seulement, lorsque par suite du développement d'un abcès, l'épididyme adhère à la peau, lorsque celle-ci est rouge et envahie, *a fortiori* lorsqu'il existe un trajet fistuleux, M. Hartmann agit autrement : l'incision, qui en avant ouvre la tunique vaginale, est continuée en bas et en arrière et se dédouble à ce niveau pour encercler les portions de peau envahies et permettre l'excision en bloc de l'épididyme.

(1) LEJARS, *Leçons de chirurgie*, Paris, 1895, p. 412 ; — CHASSIN, *Des opérations économiques sur le testicule tuberculeux*. Th. Lyon, 1897-1898, n° 11.

(2) DUPLAY, *Congrès international des Sciences médicales*, Moscou, 1896.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Nous nous proposons, pour nous permettre de porter un jugement sur la valeur thérapeutique de l'épididymectomie, de mettre en lumière les résultats que nous avons trouvés.

Tout d'abord, nous basant sur les cas cités plus loin, nous pouvons dire que l'épididymectomie envisagée au point de vue des accidents opératoires et post-opératoires est d'une bénignité absolue.

Les hémorrhagies ont toujours été évitées. Grâce au temps de l'opération qui consiste à ouvrir d'abord la tunique vaginale et qui permet ainsi à l'opérateur de voir clair partout où passe son bistouri, le paquet vasculo-nerveux a toujours été respecté.

De plus, on n'a eu à déplorer aucune complication suivie de mort.

Dans quelques cas, nous avons pu remarquer que l'intervention avait été particulièrement salubre pour l'état général du malade. Chez plusieurs opérés, la température, assez élevée avant l'opération, s'est abaissée presque subitement quelques jours après.

Dans l'observation III, nous trouvons les 23, 24 et 25 novembre une température de 38°5. Le 28, c'est-à-dire deux jours après l'épididymectomie, elle revient à la normale et s'y maintient.

Dans l'observation V, avant le 23 janvier, jour de l'opération, le thermomètre marquait 38°8. Le 25, la chute de la température se produit, et elle reste aux environs de 37°5.

Le malade de l'observation VIII avait une température de 38° 5. Le 18 mars, trois jours après l'opération, elle baisse pour osciller ensuite entre 37°2 et 37°7.

Chez ces malades, tous trois étant atteints d'épididymite suppurée, la fièvre était une conséquence de la suppuration.

Il est bon d'ajouter que, chez les opérés qui avant l'intervention n'avaient pas présenté d'ascension de température, on n'a observé, en aucun moment après l'opération, d'accidents fébriles.

Comme autre résultat satisfaisant à la suite de l'ablation de l'épididyme touché par la tuberculose, nous avons pu constater chez tous nos malades une disparition complète des douleurs spontanées dont ils se plaignaient et pour lesquelles la plupart d'entre eux s'étaient décidés à entrer à l'hôpital ou à appeler un chirurgien. A peine ont-ils accusé après l'opération une légère sensibilité à la pression au niveau de la plaie.

Quant à la plaie elle-même, à part quelques exceptions, sa réunion par première intention a été la règle. Sur les 14 malades opérés par M. Hartmann, trois seulement (obs. IX-XI et XIII) ont quitté l'hôpital avec une petite fistule. Il faut dire que, étant atteints de tuberculose suppurée fistuleuse, leurs tissus se trouvaient dans de mauvaises conditions de vitalité. Malgré cela si nous ajoutons que 11 de nos malades étaient porteurs d'abcès consécutifs à une lésion épididymaire, on trouvera excel-

lent le résultat obtenu, puisque chez huit d'entre eux la cicatrisation s'est produite sans fistules. — Les trois autres malades, qui présentaient des lésions tuberculeuses de l'épididyme caractérisées par des noyaux d'induration non suppurés, ont vu, cela va sans dire, leur plaie se fermer pendant leur séjour à l'hôpital, et sont sortis complètement guéris avec une cicatrice parfaite. Nous pouvons donc dire que l'intégrité des tissus périgénitaux est une condition nécessaire à la réunion par première intention, et, qu'au point de vue de la forme et de l'esthétique, une cicatrice presque invisible a son importance. En effet, on se trouve ordinairement en présence d'un jeune homme qui ne regarde pas avec indifférence une ou plusieurs fistules intarissables, siégeant sur son scrotum et chez lequel les préoccupations causées par cette affection ont un effet désastreux.

Berthelot, dans sa thèse, cite dans le même ordre d'idées des résultats presque inespérés. Chez un malade, opéré par M. Legueu et revenu dans son service pour lui exprimer sa reconnaissance deux ans après l'opération, la cicatrice était si peu visible que les externes chargés de l'examiner n'ont pu en découvrir la trace.

Dans une autre observation, au conseil de révision et au régiment, 18 mois après l'opération, les médecins militaires ne se sont pas aperçu qu'un jeune soldat avait subi une intervention chirurgicale sur le scrotum.

En résumé, l'épididymectomie, pratiquée suivant le procédé décrit plus haut, a amélioré l'état de tous nos malades en ce sens qu'elle a fait disparaître subitement les douleurs et qu'elle a détruit les trajets et les orifices fistuleux pour laisser comme simple vestige de l'opéra-

tion une cicatrice régulière et irréprochable. La chute de la température s'est produite à bref délai chez les sujets présentant des accidents fébriles. Au bout de 10 à 15 jours, ils sont sortis complètement guéris et ont pu reprendre leurs occupations sans la moindre fatigue, sans la moindre gêne « ne conservant, dit Berthelot, de leur « infirmité première que le souvenir et échappant à « l'impression déprimante si fréquemment observée chez « les individus privés d'un de leurs testicules ».

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Nous nous sommes efforcé de revoir les 14 malades épидидymectomisés. Malheureusement nous n'avons pas eu l'avantage de les rencontrer tous. 9 d'entre eux ont été retrouvés et examinés, et nous espérons que, malgré le nombre restreint d'observations que nous pouvons présenter, nos constatations suffiront pour donner une idée de la valeur de l'épididymectomie appliquée au traitement de la tuberculose.

Nous avons revu les malades récemment, mais à des intervalles différents, après les opérations.

1	malade a été revu		20	mois après l'opération.	
2	—	...	1	an	—
1	—	...	11	mois	—
1	—	...	8		—
1	—	...	7		—
1	—	...	5		—
1	—	...	4		—

De plus, un malade qui avait eu une récédive 4 mois après l'épididymectomie et sur lequel on a pratiqué la castration a été revu 15 mois après cette dernière opération.

Nous rechercherons d'abord ce que sont devenues les lésions tuberculeuses qui avaient nécessité l'intervention.

Dans un cas (Obs. IX) où il y avait des lésions assez avancées à droite et une légère induration à gauche, nous notons, un an après l'opération, une guérison complète du côté opéré avec testicule sain et un état stationnaire de l'autre côté. De plus, il y a une petite fistule mais elle existait déjà à la sortie de l'hôpital. Nous avons fait remarquer plus haut que cette complication ne survenait que chez des malades atteints de tuberculose suppurée.

Dans un autre cas (Obs. X), le résultat est le même : guérison complète du côté opéré, les lésions de l'autre épидидyme n'ont pas changé. Mais ici la cicatrice est à peine visible.

On note une fois (Obs. XI) entière guérison avec légère fistule du côté droit, mais, à gauche, augmentation de volume de l'épididyme avec épaisissement du canal déférent.

Le malade opéré par M. Cresson, interne du service (Obs. XIII), présente un noyau induré au niveau de la tête de l'épididyme qui n'avait pas été réséquée. Cette tête est augmentée de volume. — Petit orifice fistuleux qui existait déjà lors de la sortie de l'hôpital à la suite de l'opération.

Les observations XIV, XV et XVI se rapportant à des malades opérés en ville par M. Hartmann nous donnent des résultats excellents. Les guérisons sont complètes. On constate l'intégrité parfaite du testicule et la cicatrisation sans fistules.

Deux fois on a eu des récurrences ayant nécessité la castration :

Un malade (Obs. III) sur lequel on avait pratiqué

l'épididymectomie le 26 novembre 1902, eut une récédive du même côté le 23 mars 1903, c'est-à-dire au bout de 4 mois. Disons de suite que chez ce malade on soupçonnait la coexistence de lésions pulmonaires et qu'il présentait des lésions de la prostate. Revu 15 mois après la castration, il n'y a rien au testicule droit qui est normal.

Un autre malade (Obs. V) à qui on avait fait le 23 janvier 1903 une épídidymectomie gauche pour tuberculose suppurée fistuleuse est revenu 4 mois après porteur d'une fistule et d'une récédive du côté droit. Du côté gauche les organes étaient entièrement sains. M. Cresson pratiqua la castration le 8 juin 1903. Nous n'avons pas revu le malade depuis la dernière intervention.

Donc, en résumé, pour les 9 malades que nous avons eu l'avantage d'examiner de nouveau quelque temps après l'opération, nous trouvons, au point de vue des lésions, les résultats suivants :

- 6 fois il y a eu guérison complète avec testicule sain ;
- 2 fois les lésions qui avaient été constatées du côté opposé sont restées stationnaires ;
- 1 fois elles ont paru légèrement augmentées ;

Nous avons une récédive du côté opéré dans la tête de l'épididyme non enlevée mais il nous est permis de supposer que l'opérateur (M. Cresson) n'ayant pas fait l'ablation complète de l'épididyme, la récédive est due au développement d'un petit noyau tuberculeux non apparent, non perceptible au toucher, mais existant réellement dans la tête de l'épididyme lors de l'intervention.

Enfin, 2 fois on s'est vu forcé de pratiquer la castration,

du même côté dans un cas, et dans l'autre cas pour réciproque du côté opposé.

Nous nous croyons donc autorisé à admettre, comme M. Berger l'a fait à la Société de Chirurgie à propos de la castration, que l'épididymectomie unilatérale peut empêcher l'éclosion de la tuberculose de l'autre côté ; d'autre part, quand des lésions tuberculeuses au début siègent du côté opposé, si elles ne rétrogradent pas, du moins elles restent stationnaires dans la majorité des cas puisque, une fois seulement, nous les avons trouvées augmentées.

On a signalé l'amélioration des lésions de la prostate après épididymectomie. Nous avons eu l'avantage d'observer un cas de ce genre. (Obs. X) : la prostate qui avant l'opération, était douloureuse au toucher avec un lobe droit hypertrophié, irrégulier et rempli de petites masses saillantes, est retrouvée un an plus tard toujours un peu grosse, mais indolore, complètement lisse et sans bosselures.

M. le Prof^r Duplay, dans une leçon de clinique chirurgicale faite à l'Hôtel-Dieu, avait parlé de cette régression. « Il est à remarquer que parfois, après les opérations économiques sur le testicule ou l'épididyme, les lésions tuberculeuses peu avancées de la prostate ou des vésicules séminales restent stationnaires et peuvent même rétrocéder ».

On peut rapprocher ces faits de ce qui se produit pour les adénites tuberculeuses. Il suffit d'extirper le ganglion dans lequel les lésions sont le plus avancées pour voir dans les autres ganglions les foyers subir une régression.

Nous ne trouvons, dans aucun des cas observés par nous, une extension de la tuberculose aux autres organes ; nos opérés n'ont présenté depuis l'opération aucune autre manifestation tuberculeuse dans une région quelconque de l'organisme.

Berthelot signale l'amélioration des lésions pulmonaires. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire une semblable constatation. Un seul de nos quatorze malades (obs. VII) était porteur de signes de tuberculose pulmonaire et nous n'avons pas eu l'avantage de le revoir.

Ch. Nélaton, Cadeau, Martin de Genève, Richet et les thèses de Dimitresco et de Platon insistent sur le bon état général des malades après l'intervention économique. S'il est vrai, comme l'ont prétendu quelques auteurs, que la castration donne un coup de fouet à la maladie et en active la marche, les améliorations signalées par Berthelot, Dimitresco et Platon plaideraient plutôt en faveur de l'épididymectomie si on avait à faire un choix entre les deux opérations.

Il ne s'est pas produit d'atrophie testiculaire consécutive à l'ablation de l'épididyme. Ce résultat a une réelle valeur. Il est très important, pour l'état moral du sujet, que le testicule puisse conserver sa forme primitive et son volume normal. Longtemps, on avait supposé qu'il en était pour le testicule comme pour d'autres glandes, le foie, les reins, le pancréas par exemple, qui s'atrophient après la ligature de leurs canaux excréteurs. Il est certain que toutes les fois qu'on a eu à constater de l'atrophie, on avait sectionné ou lié les vaisseaux du cordon. M. Legueu a fait à ce sujet, sur des chiens, des

expériences concluantes : sectionnant les artères du cordon et laissant le canal déférent intact, il a vu survenir l'atrophie testiculaire ; sectionnant au contraire le canal déférent et respectant les artères, il n'a pas trouvé de changement de volume du testicule. Donc, que les voies spermatiques soient supprimées ou par section ou par oblitération, si les vaisseaux sont épargnés, la glande séminale ne subira pas d'atrophie.

Pour la même raison il ne doit pas se produire de gangrène et pour notre part nous n'avons pas eu à déplorer cette complication.

Notre résultat éloigné le plus satisfaisant et qui, il faut le dire, n'est pas sans importance, c'est la conservation du sens génital chez tous nos malades sans exception.

Interrogés à ce sujet, tous nous ont répondu qu'ils avaient encore des désirs et une puissance génitale, sinon supérieure, du moins égale à celle qu'ils se connaissaient avant l'opération. L'érection se produit aussi bien qu'avant. Puisque nous ne relatons aucune observation d'épididymectomie bilatérale, nos opérés peuvent éjaculer ; leur sperme a une apparence normale. P. Delbet a dit avec raison : « Un homme sans épididyme n'est pas un eunuque ». Si nous avons eu la satisfaction de retrouver un malade devenu père depuis sa sortie de l'hôpital, le succès aurait été complet.

Berthelot, plus heureux que nous, parle dans sa thèse d'un de ses malades qui lui écrit « qu'il est père d'un bel enfant de dix-huit mois ».

Enfin, tous les opérés de M. Hartmann sont dans un état parfait au point de vue moral comme au point de

vue physique. Ce résultat est encore la conséquence de la conservation du testicule.

Depuis quelques années, avec les progrès de la science, de nouvelles théories ont vu le jour. Les expériences de physiologie et les travaux de Brown-Séquard ont démontré que, comme le corps thyroïde et le pancréas, le testicule possédait une sécrétion interne : la glande répand dans le sang certaines substances ayant une action indéterminée sur les centres nerveux. M. Legueu développe cette idée dans un article sur « les Opérations conservatrices dans la Tuberculose testiculaire » (1).

« Il y a une grande différence entre un castré et un individu qui a perdu son épидидyme et conservé ses testicules : malgré que la fonction extérieure du testicule soit perdue dans le deuxième cas, la glande continue cette sécrétion interne que Brown-Séquard a découverte et qui fait que les fonctions génitales s'exécutent chez notre malade comme si rien d'anormal ne s'était passé. »

Cette sécrétion interne supprimée, des désordres se produisent dans l'état mental du sujet. Cela est tellement exact qu'on a pu voir des amputés du testicule devenir hypocondriaques, mourir de chagrin ou se suicider. En dehors de ces cas extrêmes, le castré peut présenter des troubles nerveux ou psychiques. Les testicules contribuent beaucoup à maintenir l'équilibre entre les facultés corporelles et intellectuelles.

Dès la plus haute antiquité, on a reconnu la grande influence que possède sur la conservation de l'intelligence et de la santé l'intégrité de la glande testiculaire.

(1) LEGUEU. *Revue internationale de chirurgie et de médecine*, octobre 1899.

« Les Romains, connaissant l'importance de ces organes, à l'époque du dictateur Scylla, punissaient très sévèrement ceux qui entreprenaient l'ablation des testicules, parce que, disaient-ils, quand on enlève les testicules de l'homme, sa santé se trouble, ainsi que ses facultés intellectuelles. De même, les Romains, croyant que les testicules fonctionnant physiologiquement donnent à l'homme sa parfaite santé corporelle et psychique, défendaient l'entrée au tribunal comme témoins à tous ceux qui étaient dépourvus de leurs testicules, aux anorchides et aux eunuques. L'importance des testicules résulte encore de ce que ceux qui sont dépourvus de testicules dès leur naissance, les eunuques de Charème et plus rarement ceux qui ont de petits testicules (microrchidie), la plupart sont d'une faible constitution, maigres, pâles, cachectiques, timides et craintifs. Les Byzantins historiographes, voulant démontrer l'imperfection des facultés intellectuelles des eunuques (lesquels à l'époque des Byzantins se maintenaient à la Cour), caractérisent ces individus comme incapables d'agir corporellement et moralement, inhabiles à toute entreprise généreuse et comme efféminés et de plus comme misanthropes calomniateurs (sycophantes), pleins d'instincts infâmes et traîtres, parce que plusieurs fois ils ont trahi même leur nation, ayant pour cela provoqué des désordres nationaux comme par exemple Eutropius et d'autres eunuques » (1).

Vu les troubles observés chez les anorchides, l'épididymectomie est de beaucoup supérieure à la castration

(1) Guisy. Affections des organes génito-urinaires des deux sexes comme causes de troubles des facultés intellectuelles. *Progrès médical*, 13 juin 1896.

en ce sens qu'elle conserve toujours la glande dont l'importance est si grande comme nous venons de le voir. En effet, si on fait sur un sujet l'ablation d'un testicule tuberculeux et que, par suite de l'extension des lésions tuberculeuses à l'autre testicule, on ait, quelque temps après, à enlever cet organe, on aura exposé le malade à tous les désordres que nous venons de citer. Au contraire, si après épидидymectomie unilatérale, il y a récédive dans l'autre testicule, on pourra pratiquer une nouvelle épидидymectomie et, au besoin, si les foyers sont trop avancés, on fera l'ablation de la glande elle-même. On n'aura pas fait un castré, c'est-à-dire un être en état d'infériorité morale et physique. On aura su au moins épargner un organe et par conséquent laisser à l'organisme la sécrétion interne si nécessaire à son bon fonctionnement.

Les inconvénients signalés plus haut ont été évités à un de nos malades (Obs. V et VI).

Épididymectomisé pour tuberculose suppurée de l'épididyme gauche, il dut subir, six mois plus tard, par suite de la propagation de la tuberculose au testicule droit, l'ablation de cet organe. Il possède donc encore son testicule gauche. Quand bien même on aurait pratiqué la castration lors de la première opération, il est probable qu'on aurait été contraint d'enlever le second testicule, car il n'est pas prouvé que dans ce cas la castration unilatérale aurait pu empêcher l'extension des foyers à l'autre testicule. Notre malade doit donc à l'opération économique qui fut d'abord pratiquée sur lui le privilège de n'être pas un eunuqué.

Tels sont les résultats éloignés que nous avons à

signaler. Si tous nos opérés n'ont pas été complètement guéris, l'opération a toujours été curatrice et on n'a pas eu de récurrence quand on a pu arriver assez tôt, avant que les lésions aient pu atteindre le testicule.

L'épididymectomie est donc une opération utile et bienfaisante car elle remplit toutes les conditions qui peuvent légitimer une intervention.

« L'intervention, disait Nélaton dans sa thèse d'agrégation de 1883, a pour effet :

1° De débarrasser le malade d'une lésion douloureuse et gênante.

2° De lui permettre de réparer son organisme en lui enlevant une source d'affaiblissement.

Par elle, la lésion locale a été guérie, mais le terrain sur lequel elle évoluait n'a pas été modifié ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Epididymite tuberculeuse droite. — Epididymectomie.

Le nommé R. . . , valet de chambre, 24 ans, entre le 3 avril 1902, salle Civiale, pour une tuméfaction douloureuse siégeant au côté droit du scrotum. Il se plaint en même temps d'un écoulement urétral incolore, épais, filant.

Le malade raconte que, jusqu'à l'âge de 11 ans, il a eu de l'incontinence d'urine. Il ne tousse pas, mais a un peu maigri depuis 4 ans.

Son père est mort à 56 ans d'une pleurésie : il toussait depuis l'âge de 45 ans. Sa mère est bien portante. Il a 3 frères et 6 sœurs tous en bonne santé.

Jamais de blennorrhagie.

En 1898, il contracta un chancre siégeant sur le bord antérieur du prépuce. Ce chancre apparut quelques jours seulement après le coït et fut bientôt suivi d'une adénite droite suppurée.

En 1899, le malade fait, insidieusement, un peu au-dessus du mamelon droit, une collection purulente du volume d'une mandarine, indolente, légèrement douloureuse à la pression, n'ayant jamais déterminé une élévation notable de la température. Traitée d'abord par une incision suivie de drainage, cette affection nécessita un curettage, puis un grattage du gril costal.

En 1900, le malade s'aperçut qu'il existait au niveau de son testicule droit, à la partie supérieure de la face latérale droite et s'étendant en arrière, un petit noyau dur, peu douloureux, légère-

ment sensible à la palpation, mais n'empêchant pas le malade de monter à cheval. Ce petit noyau persista dans la suite sans augmentation de volume et sans que le malade s'en plaigne.

En décembre 1901, le malade, ayant beaucoup fatigué dans les premiers jours du mois, souffre de ce noyau qui augmente quelque peu de volume.

Le 18 mars 1902, il constate une tuméfaction douloureuse et très notable du testicule droit. La douleur s'exagère par la marche et par la fatigue. Le malade porta alors un suspensoir.

Le 30 mars 1902, il a un écoulement urétral peu abondant. Le liquide est épais, filant, incolore, mais ne tache pas le linge.

C'est alors que le 3 avril, la tuméfaction et la douleur ne faisant qu'augmenter, le malade vient à la consultation.

EXAMEN DU MALADE. — A l'inspection, on constate que, du côté droit, le scrotum, régulièrement augmenté de volume, est approximativement deux fois plus gros que du côté gauche. La peau n'a subi aucun changement de coloration à la palpation, le scrotum n'adhère en aucun point aux plans sous-jacents.

Epididyme droit. — Queue et tête dures, volumineuses, douloureuses au palper.

Testicule droit. — Un peu douloureux, augmenté de volume ; le cordon est très douloureux.

La palpation révèle l'existence de deux saillies séparées par un sillon : l'une, antérieure, donnant à la pression une sensation de douleur testiculaire ; l'autre, postérieure, allongée. Cette dernière est formée elle-même de deux saillies : l'une supérieure, rénitente, douloureuse à la palpation, en cimier de casque ; l'autre, inférieure, allongée, dure, un peu moins douloureuse à la pression que la supérieure et séparée comme elle de la tumeur antérieure par un sillon très net.

Epididyme et testicule gauches. — Normaux.

Urèthre. — La pression sur le canal fait sourdre une goutte de liquide présentant les caractères annoncés plus haut.

Prostate. — Le toucher rectal ne décèle aucune lésion de cet organe.

Vésicules séminales. — Elles ne sont pas douloureuses et ne paraissent pas augmentées de volume.

EPIDIDYMECTOMIE le 7 avril 1902. — M. Hartmann opère le malade ; il fait une incision en avant, puis il ouvre la vaginale. L'épididyme est alors libéré en entier et enlevé en totalité avec l'origine du canal déférent.

Surjets au catgut sur plaie d'albuginée au niveau de la tête et de la queue désinsérées. Drain. Suture du scrotum.

Les suites opératoires sont excellentes. Le malade ne présente pas d'élévation de température. La plaie est réunie par première intention et le 23 avril, c'est-à-dire exactement 16 jours après l'opération, il sort de l'hôpital sans fistule.

Nous n'avons pu revoir ce malade.

OBSERVATION II (Inédite).

*Epididymite tuberculeuse suppurée avec fistules. —
Epididymectomie.*

Le nommé B... , cordonnier, 22 ans, entre le 23 juin 1902, salle Civiale, pour des douleurs siégeant au testicule droit.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a toujours été bien portant, mais le moindre effort lui causait une grande fatigue. Il n'a jamais toussé.

En février 1901, le malade a commencé à ressentir des douleurs au niveau de son testicule droit. Celui-ci s'est tuméfié et les douleurs étaient provoquées par la marche. Le malade est resté ainsi pendant un mois et demi ; puis, ayant consulté un médecin, il se mit au lit, en avril 1901. Sous l'influence du repos, la douleur disparaît, mais la tuméfaction persiste. A ce moment, l'état général n'était pas satisfaisant.

Après 15 jours de repos, le malade reprit son travail, mais le testicule droit était toujours un peu douloureux.

En février 1902, le testicule gauche fut pris à son tour. Les bourses se mirent à enfler et devinrent spontanément douloureuses.

Au bout de 4 jours de souffrances, le malade dut garder le lit pendant 10 à 15 jours. Au bout de ce temps, le volume et la douleur diminuèrent et il reprit son travail quoique ressentant toujours quelques douleurs du côté gauche.

Le 3 juin 1902, une tumeur apparut sur le raphé médian du scrotum. En même temps, il y eut de violentes douleurs. Le malade entra alors à l'hôpital Saint-Louis où, pendant son séjour, un abcès s'ouvrit spontanément, laissant une fistule.

EXAMEN DU MALADE. — *Inspection.* — Sur le raphé médian du scrotum, on remarque la présence d'une ulcération fistuleuse, irrégulièrement arrondie. A côté, il existe une seconde ouverture plus petite.

Palpation. — Cette fistule correspond à une masse empâtée située sur la ligne médiane et fuyant vers le testicule gauche contre lequel elle s'accole, mais en semble séparée.

De ce côté, on constate l'intégrité de la tête et de la queue de l'épididyme.

Epididyme droit. — Il est gros, en cimier de casque, coiffant l'extrémité inférieure du testicule.

En pressant au niveau de la fistule, on fait sourdre une goutte de pus.

Prostate. — Par le toucher rectal, on sent, du côté gauche, au niveau de la corne de la prostate, une induration un peu douloureuse à la pression et qui semble se continuer latéralement sur la paroi du bassin.

Sur la face postérieure de la prostate, en s'approchant de son bec, il existe deux nodosités assez dures et peu douloureuses.

Du côté droit, il y a une bosselure du volume d'une noisette, un peu douloureuse à la pression et semblant se prolonger vers la paroi du bassin.

OPÉRATION le 9 juillet 1902. — M. Hartmann pratique l'opération. Il dissèque le trajet fistuleux situé sur la ligne médiane. Ce trajet mène vers la partie moyenne de l'épididyme gauche. Puis il extirpe cette partie moyenne en faisant progressivement l'hémotase. A la fin de l'opération, il reste le testicule, la tête et la queue

de l'épididyme et les deux pédicules vasculaires correspondants. Le testicule est réduit dans sa loge qui est refermée et drainée.

L'examen histologique montre que le fragment d'épididyme enlevé est bourré de noyaux caséeux dont l'un est fistulisé à la peau.

Une vingtaine de jours après l'opération, le malade sort de l'hôpital en bon état. La plaie est cicatrisée. Il n'y a pas de fistules.

Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir ce malade et nous n'avons pu nous rendre compte des résultats éloignés de l'opération.

OBSERVATION III (Inédite).

Epididymite tuberculeuse gauche. — Epididymectomie.

Le nommé G..., mécanicien, âgé de 29 ans, entre le 15 novembre 1902, salle Civiale.

Il se plaint d'une grosseur au testicule gauche.

Ce malade n'ayant pas d'antécédents héréditaires bacillaires, avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'en mai 1901. A cette époque, à la suite d'un refroidissement, il ressentit un point de côté et se mit à tousser et à cracher. Il resta alité un mois et demi. Le malade prétend avoir beaucoup maigri, depuis un mois il a des sueurs nocturnes, mais d'une façon irrégulière.

Il contracta en 1892, une uréthrite blennorrhagique qu'il traita lui-même par des injections d'eau blanche. La guérison survint au bout d'un mois. — En même temps que cet écoulement, il eut une orchite qu'il soigna avec des cataplasmes. Cette complication dura 15 jours.

En juin 1902, à la suite d'un traumatisme sur les bourses (le malade faisait sauter sur ses genoux un enfant qui est retombé violemment sur lui), il a ressenti une vive douleur qui a persisté deux ou trois heures.

Quelques jours après, il s'est développé au niveau du testicule gauche une grosseur du volume d'une noisette, un peu douloureuse

à la pression mais sans irradiations. Cette grosseur n'a presque pas changé jusqu'en octobre 1902. A ce moment, elle a augmenté progressivement de volume.

Examen à l'entrée. — La peau du scrotum est d'apparence normale. Elle est soulevée par deux tumeurs d'inégal volume, séparées par le raphé médian. La tumeur droite est ovoïde comme celle que soulève un testicule normal. Celle du côté gauche est plus volumineuse. Elle est formée de deux parties : l'une inférieure, ovoïde, homologue à celle du côté droit, l'autre supérieure, moins large que la précédente, mais faisant sous la peau une saillie plus accusée. Entre les deux, la peau est déprimée en une gouttière plus profonde.

Palpation. — Le scrotum n'est adhérent en aucun point aux tissus sous-jacents.

A droite. — *Testicule et épидидyme.* — Taille et consistance normales. — Pas de douleurs à la pression.

A gauche. — La partie inférieure de la tumeur est bien constituée par le testicule. — Celui-ci est normal, lisse, ne présente aucune bosselure. Son élasticité est normale. Un peu de douleur à la pression.

La partie supérieure de la tumeur est constituée par l'épididyme, très augmenté de volume. Cet accroissement porte surtout sur la tête. Celle-ci coiffe la partie supérieure du testicule, dont elle est séparée par un sillon très net et assez large pour que le doigt puisse y déprimer la peau. Elle est bosselée et dure et forme une masse plus grosse que la partie supérieure du testicule qu'elle surplombe. Le corps qui prolonge la tête en arrière et en bas est un peu plus gros que normalement. Quant à la queue, qui forme une plaque dure et élargie à la partie postéro-inférieure du testicule, elle est bosselée et sa limite inférieure est assez difficile à distinguer de la glande elle-même.

Dans son ensemble, l'épididyme avec ses deux parties augmentées de volume, séparées par une portion rétrécie, est un peu douloureux à la pression, sans irradiations.

Un peu de transparence autour du testicule. Légère fluctuation.

Canaux déférents. — A droite, normal ; à gauche, un peu augmenté de volume.

Prostate. — Lobe droit légèrement hypertrophié, sans bosselures.

Vésicules séminales. — Normales.

Poumons. — Auscultation négative.

EPIDIDYMECTOMIE le 26 novembre 1902. — Excision de la peau recouvrant l'abcès et ablation de toute la queue de l'épididyme. Petit drain.

La température, qui avait atteint depuis l'entrée jusqu'à 38°5, tombe quelques jours après l'opération.

Le 15 décembre 1902, le malade sort de l'hôpital ; la plaie est complètement cicatrisée, sans fistules.

OBSERVATION IV (Inédite).

Tuberculose testiculaire à gauche. — Castration.

Malade faisant le sujet de l'observation précédente et sur lequel l'épididymectomie avait été pratiquée le 26 novembre 1902.

Ce malade, opéré le 26 novembre 1902, revient salle Civiale le 23 mars 1903. Il avait quitté le service le 15 décembre 1902, avec une ligne d'incision complètement cicatrisée. Vers le 15 janvier 1903, il s'était formé un petit abcès à l'extrémité supérieure de la cicatrice. Cette collection grossit peu à peu, puis s'ouvrit spontanément et la suppuration s'établit.

EXAMEN. — Scrotum augmenté de volume à gauche. Tumeur du volume d'un œuf de poule.

A la partie antérieure on remarque la cicatrice de la première opération. A la partie supérieure de cette cicatrice se trouve un orifice fistuleux laissant échapper du pus jaune et épais.

Testicule gauche volumineux, de consistance ferme sur toute sa surface. Une série de noyaux durs lui donne un aspect irrégulier.

Vu la récédive et l'extension des lésions au testicule, on pratiqua la castration le 30 mars 1903.

Nous avons revu le malade le 5 juin 1904. Il est complètement guéri. La plaie est réunie sans fistules et le testicule et l'épididyme du côté droit sont normaux quant à leur volume et leur consistance.

OBSERVATION V (Inédite).

Tuberculose suppurée fistuleuse de la queue de l'épididyme gauche Epididymectomie.

Le nommé S. . . , âgé de 27 ans, entre le 20 janvier 1903, salle Civiale.

Il présente au testicule gauche une tumeur adhérente à la peau. Un trajet fistuleux vient s'ouvrir au-dessous du scrotum. La pression fait sourdre une goutte de pus à l'orifice de la fistule.

Le malade a reconnu l'existence de cette tumeur le 29 septembre 1902 et la suppuration a commencé le 15 décembre.

Ses parents sont bien portants ; il a une sœur en bonne santé.

En 1901, il a contracté une blennorrhagie qui a duré 4 ou 5 mois. Elle fut soignée par des injections de permanganate que le malade se donnait lui-même. L'écoulement n'a jamais guéri complètement et a dégénéré en goutte militaire.

Pas de douleurs ni avant, ni pendant, ni après la miction.

Pas de maladies antérieures. Pas d'amaigrissement. Le malade ne tousse jamais, il n'est pas sujet aux bronchites. Il crache un peu, mais jamais ses crachats ne sont striés de sang. Depuis septembre 1902, il a des sueurs nocturnes.

EXAMEN. — En soulevant le scrotum on voit que du côté gauche la peau est plus foncée, luisante, tuméfiée et présente à la partie déclive un petit orifice par lequel la pression fait sourdre une petite goutte de pus.

Testicule gauche.— Une tumeur de la grosseur du testicule adhère à celui-ci. Elle est très indurée, fait suite à la queue de l'épididyme et est adhérente aux tissus sus-jacents. Le reste de l'épididyme est normal. Le cordon est induré et augmenté de volume.

Testicule droit. — Normal.

Prostate. — Ni hypertrophiée, ni douloureuse.

EPIDIDYMECTOMIE le 23 janvier 1903. — Incision circonscrivant l'orifice fistuleux et la zone de peau adhérente. Ouverture de la vaginale d'où s'écoule un peu de liquide citrin. Excision de l'épididyme en bloc avec la masse caséuse de la queue. Ce qui reste de cordon est enfoui par un surjet de catgut sous une suture de la vaginale éversée. Petit drain. Suture de la peau (Points en U et quelques points d'affrontement intermédiaires).

Avant l'opération la température s'était élevée jusqu'à 38°8. Deux jours après l'opération, elle tombe pour se maintenir aux environs de 37°5.

Le 6 février 1903, le malade quitte l'hôpital. Il ne souffre plus, la peau est cicatrisée sans fistules.

OBSERVATION VI (Inédite).

Tuberculose épididymo-scrotale suppurée à droite. -- Castration.

Malade de l'observation précédente et sur lequel fut pratiquée, le 23 janvier 1903, l'ablation de l'épididyme gauche.

S. . . , 27 ans, a déjà été opéré le 23 janvier 1903 pour épididymite gauche.

Il vint le 24 mai à la consultation où on constata un noyau au niveau de l'épididyme droit. Le malade raconta que, depuis le mois d'avril, son testicule droit avait grossi progressivement, cette augmentation de volume s'étant faite sans douleur même à la pression.

Il revint le 2 juin à la consultation et fut admis salle Civiale.

L'auscultation des poumons fait entendre aux deux sommets de l'expiration prolongée.

. EXAMEN. — Le scrotum est augmenté de volume surtout du côté droit qui descend plus bas que le côté gauche.

A gauche. — Le testicule est normal. On sent en arrière une légère induration à la place de l'épididyme enlevé.

A droite. — A la partie inférieure du scrotum, la peau a une coloration rouge foncé.

A la palpation on constate que la peau est adhérente sur toute sa portion inférieure droite. Cette adhérence s'étend aussi un peu à gauche au niveau de la cicatrice de la première opération.

Immédiatement au-dessous, on sent de la fluctuation qui dénote une collection liquide. Celle-ci se continue en haut par une partie rétrécie et paraît gagner le testicule.

Celui-ci a une consistance molle, il est peu douloureux. A sa partie postérieure, on sent une masse indurée.

Prostate. A droite. — Paraît se continuer par une tuméfaction remontant en haut et en arrière.

A gauche. — Tuméfaction dure et bosselée remontant aussi vers le haut.

Vésicules séminales. — Perceptibles. — Un peu augmentées de volume.

Le 8 juin 1903, la castration est pratiquée à droite par M. Cresson, interne du service.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Le testicule ne contenait pas de foyers de tuberculose. Les masses caséuses étaient limitées à l'épididyme et aux tissus environnants jusqu'au scrotum.

Nous n'avons pas eu l'avantage de retrouver ce malade.

OBSERVATION VII (Inédite).

*Tuberculose de l'épididyme droit avec abcès scrotal consécutif. —
Epididymectomie.*

Le nommé L..., âge de 25 ans, entre à Civiale, le 27 janvier 1903,

Il porte au côté droit du scrotum une tuméfaction datant de 4 mois environ. Elle est survenue insidieusement, sans cause apparente et c'est par hasard que le malade s'en est aperçu.

Depuis son début, cette grosseur a augmenté progressivement sans provoquer chez le malade ni gêne, ni douleur. Le 15 janvier 1903, elle s'est ouverte spontanément ; il s'en est écoulé un liquide jaunâtre strié de sang. Puis 4 jours après, à la suite d'une pression exercée sur elle, elle s'ouvrit de nouveau pour donner issue à une petite quantité de pus.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade eut la fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. A 18 ans, il fut opéré d'une hernie double. Pas de blennorrhagie.

EXAMEN. — On constate sur la bourse droite une tuméfaction qui semble superficielle. Elle est rouge, luisante, et, à son niveau, le scrotum présente un orifice fistuleux situé à la partie supérieure et externe.

Par la palpation, on arrive à délimiter cette tuméfaction dans sa partie supérieure, mais, inférieurement, elle se continue avec une autre masse qui paraît un peu plus indurée qu'elle et qui correspond à la queue de l'épididyme dont la tête est augmentée de volume et très dure.

Le testicule droit est un peu plus gros que le gauche, ce qui serait normal au dire du malade.

Prostate et vésicules séminales normales. — Opération le 2 février 1903. Epidymectomie par M. Lecène, interne du service.

Incision elliptique circonscrivant l'abcès scrotal. Ouverture de la vaginale qui contient une petite quantité de liquide. Dissection de l'épididyme dont on sépare d'abord la tête, puis le corps et la queue.

Ablation en bloc de l'épididyme et du cordon qui le relie à l'abcès scrotal.

Drain. — Réunion de la peau par des points en U et par quelques points superficiels d'affrontement.

Le malade sort de l'hôpital avec une plaie réunie sans fistules.

Nous n'avons pu revoir ce malade,

OBSERVATION VIII (Inédite).

Tuberculose suppurée. — Epididymite gauche avec volumineux abcès scrotal. — Epididymectomie.

Le nommé P. . . , mécanicien, âgé de 45 ans, entre le 10 mars 1903, salle Civiale.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de poitrine. Mère bien portante.

Un frère mort d'affection pulmonaire. Deux autres frères bien portants.

Antécédents personnels. — Marié à une femme bien portante, P. . . a 3 enfants en bonne santé. Un dernier enfant est mort, à 22 mois, de méningite.

P. . . n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de 40 ans. A 42 ans, il eut une congestion pulmonaire avec hémoptysie très abondante, et à 43 ans, une orchite tuberculeuse gauche. Opéré le 27 avril 1901 par M. Hartmann, le malade sortit du service avec une fistule donnant issue à une petite quantité de pus. Il revint se faire panser, et, au bout de 3 mois la fistule se ferma définitivement.

Vers le 20 janvier 1903, ayant ressenti des picotements dans le testicule droit, il s'aperçut que cet organe avait grossi et atteignait à peu près le volume d'un œuf de poule. La peau du scrotum était tendue, rouge, chaude, douloureuse. Malgré cela, le malade continua ses occupations en portant un suspensoir et en appliquant sur la partie malade des compresses d'eau sédative et des cataplasmes de farine de lin.

Les souffrances durèrent 15 jours, puis les douleurs diminuèrent, le scrotum devint moins tendu et le testicule conserva le volume d'une grosse noix.

Les douleurs ayant repris et le testicule ne revenant pas à son volume normal, le malade vint à la consultation de Lariboisière. Pas de douleurs à la miction en aucun moment. Jamais d'hématurie.

EXAMEN DU MALADE. — Le malade tousse, crache ; il se plaint de transpirations nocturnes assez abondantes et de frissons vers le soir. Temp. : 38° 5.

A la percussion : submatité au sommet droit.

A l'auscultation : Respiration rude et expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse droite.

Le malade a maigri et se plaint d'inappétence.

Inspection. — *A gauche.* — Testicule de forme et de consistance normales. Pas de fistule. On ne sent pas d'épididyme. Il n'y a qu'un petit noyau de consistance fibreuse au niveau du pôle supérieur du testicule.

A droite. — Volumineux abcès scrotal non ouvert, avec peau rouge. Cet abcès se continue avec une partie plus dure qui surmonte le testicule.

OPÉRATION le 13 mars 1903. — Epididymectomie par M. Hartmann.

Incision antérieure. Ouverture de la vaginale qui contient un peu de liquide citrin et dont la partie postérieure est adhérente. Libération. Puis ablation par dissection de l'épididyme qui, en bas, fait corps avec le gros abcès scrotal.

La température qui, avant l'opération, atteignait 38° 5, baisse le 18 mars pour osciller entre 37° 2 et 37° 7.

Le malade quitte l'hôpital sans fistule. Réunion de la peau par première intention.

OBSERVATION IX (Inédite).

*Tuberculose suppurée fistuleuse de l'épididyme droit. —
Epididymectomie.*

Le nommé B. . . , menuisier, âgé de 45 ans, entre à Lariboisière, salle Civiale, le 3 juin 1903.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à l'âge de 3 ans.

En 1889 : blennorrhagie qui dura 2 mois. 5 ou 6 mois après, alors

qu'il n'y avait plus d'écoulement, le cordon gauche devint très douloureux. A Ricord, on lui fit 2 ponctions suivies d'injections d'eau phéniquée. Le liquide extrait était sanguinolent.

En 1890 : chancre induré. Séjour de 2 mois à Ricord. Roséole et plaques muqueuses dans la bouche. Traitement à l'iodure pendant 2 ans.

En mai 1902, le malade a ressenti quelques douleurs au niveau du cordon droit. Les jours suivants, le testicule droit devint très douloureux et augmenta de volume. Le scrotum prit une coloration rouge et, en juillet, un abcès s'ouvrit spontanément. Le malade conserva une fistule donnant issue à une plus ou moins grande quantité de pus.

Le 11 mai 1903, il vint à la consultation des voies urinaires parce qu'il éprouvait une certaine difficulté pour uriner. On le sonda et on ne trouva pas de rétrécissement. Jamais d'hématurie. On constata alors que le testicule droit augmentait de volume et que, par la fistule reste de l'abcès antérieur, s'écoulait un peu de pus.

Sous l'influence du repos, le testicule diminua légèrement, mais, comme la fistule ne se fermait pas, le malade entra le 3 juin salle Civiale.

EXAMEN. — On constate une augmentation de volume du scrotum du côté droit.

Au palper, le testicule droit indolore paraît entouré d'une petite quantité de liquide. En arrière du testicule, on sent une masse indurée qui correspond à la moitié inférieure de l'épididyme.

Cette masse s'étend jusqu'à la peau à laquelle elle adhère sur une petite surface. A ce niveau, on constate la présence d'une fistule qui ne laisse pas sourdre de pus à la pression. Néanmoins, un linge qui sert à la recouvrir est teinté par un liquide jaunâtre.

Le testicule gauche est très sensible. En arrière du testicule et dans la partie correspondant à la queue de l'épididyme, on sent une petite masse indurée mal délimitée.

OPÉRATION le 15 juin 1903. — M. Hartmann pratique l'épididymectomie à droite :

Incision antérieure se bifurquant en arrière pour embrasser l'orifice fistuleux. Ouverture de la vaginale, d'où s'écoule une petite quantité de liquide citrin. Dissection de l'épididyme de la tête à la queue. Ablation en bloc de l'épididyme et de la partie intermédiaire à orifice fistuleux. Fin surjet au catgut. Eversion de la vaginale suturée comme une enveloppe autour de ce qui reste de cordon. Ligature des parties saignantes. Drain. Sutures.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait réellement de lésions tuberculeuses de l'épididyme.

Le malade quitte l'hôpital dans le courant du mois de juillet. La plaie est cicatrisée, sauf toutefois à sa partie supérieure où il existe une petite fistule.

Nous avons revu et examiné ce malade le 5 juin 1904.

A la partie supérieure du scrotum du côté droit existe une petite fistule. Au dire du malade, cette fistule donne issue à peu près tous les quinze jours, mais seulement à la pression, à une gouttelette de liquide séreux.

A droite, le testicule est normal quant au volume et à la consistance. Il paraît absolument sain. On ne sent pas de noyaux d'induration à la place de l'épididyme enlevé.

A gauche, le testicule n'est plus douloureux à la pression. La petite induration qu'on avait constatée en juin 1903 à la partie inférieure de l'épididyme existe toujours ; elle n'a pas augmenté de volume et elle ne paraît pas avoir changé depuis un an.

Le malade accuse des érections. Son état général est assez satisfaisant. La prostate est normale. Les vésicules séminales ne sont pas perceptibles.

Mais il faut ajouter qu'à la suite d'une grande fatigue, le malade ressent à droite des pesanteurs et une petite douleur dans le cordon.

OBSERVATION X (Inédite).

Epididymite bacillaire gauche avec hydrocèle et abcès de la queue de l'épididyme. — Epididymectomie. — Résection de la vaginale.

Le nommé G. . . , employé de commerce, âgé de 47 ans, entre à Lariboisière, salle Civiale, le 2 juin 1903.

Ses parents sont morts d'affection cardiaque. Il a un frère atteint de goutte.

Le malade a été marié et a eu 5 enfants (2 mort-nés, 1 mort de méningite et deux autres bien portants).

En 1880, le malade a eu une blennorrhagie avec orchite. Depuis cette époque, son testicule droit est augmenté de volume.

En 1889, bronchite.

En août 1900. — Hématurie pendant 15 jours. Le sang venait surtout au début de chaque miction. Aucune douleur au niveau de la vessie et de l'urèthre.

En novembre 1902, fréquentes envies d'uriner. Urines troubles. Pas d'hématurie. Douleurs au niveau de la racine de la verge et dans l'aîne.

Les douleurs ayant augmenté, le malade vint à la consultation le 3 février 1903.

L'EXAMEN pratiqué à cette époque donna le résultat suivant :

Urines : troubles dans les deux verres.

Vessie : Capacité 120 grammes.

Urèthre : libre au 17. Ne pouvant être franchi par un explorateur plus gros, car le méat est trop étroit.

Prostate : Lobe droit très douloureux, un peu hypertrophié. Bوسسلé par de multiples noyaux.

Testicules : A droite, noyau dur et douloureux au niveau de la queue de l'épididyme. Noyaux d'induration dans le reste de l'épididyme.

Traité par des instillations de sublimé au 1/10000 tous les deux

jours, le malade fut soulagé et ses mictions devinrent moins fréquentes.

Le 14 avril, à la consultation, on constata un gros noyau à gauche. Deux jours auparavant, le malade avait fait une grande marche à la suite de laquelle il ressentit des douleurs dans le scrotum.

Les douleurs ne cessant pas et le testicule augmentant toujours de volume, le malade entra à Civiale le 2 juin 1903.

EXAMEN DU MALADE. — Le scrotum paraît augmenté de volume à gauche. La peau a sa coloration normale. Sur la partie latérale gauche, elle est déprimée sur une petite étendue. On la sent adhérente aux plans sous-jacents.

Au palper, le testicule droit est sensible, mais paraît normal. On sent une petite masse dure à la partie inférieure de l'épididyme. Le reste de l'épididyme paraît régulièrement dur. Le cordon est normal.

Le testicule gauche est difficilement senti ; il est entouré d'une couche de liquide de moyenne épaisseur.

La palpation de la partie supérieure provoque une vive douleur dans le cordon. La partie postérieure du testicule est comme reçue dans la partie supérieure d'une grosse masse indurée très large et s'étendant en arrière.

En bas, une portion plus petite paraît se détacher et se fixer à la peau de la partie latérale gauche du scrotum. A ce niveau, on sent de la fluctuation.

La prostate est hypertrophiée, surtout à droite. Elle est un peu douloureuse au toucher. Le lobe droit est irrégulier et présente plusieurs petites masses saillantes.

L'examen des poumons donne de la submatité au sommet droit. Quelques craquements et de la bronchophonie.

OPÉRATION le 17 juin 1903. — M. Hartmann pratique l'excision de l'épididyme gauche. Réunion de la plaie sans drainage.

Le malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de juillet 1903. La guérison est complète. Pas de fistules.

5 juin 1904. — Nous avons revu le malade. Il tousse toujours un peu. Malgré cela son état général est excellent.

La cicatrice est à peine visible.

Du côté gauche, le testicule, un peu remonté, a son volume normal. Au-dessous de lui, on sent un petit point induré.

Du côté droit, le testicule est normal, mais l'épididyme est épaissi. A la tête siège un noyau assez volumineux. Le cordon est sensible à la pression.

La prostate n'est pas douloureuse. Son lobe droit est toujours légèrement hypertrophié, mais il ne présente pas les bosselures observées avant l'opération.

G... a conservé le sens génital.

OBSERVATION XI (Inédite).

*Tuberculose épididymaire droite fistuleuse avec abcès scrotal. —
Epididymectomie.*

Le nommé M..., peintre, âgé de 25 ans, entre salle Civiale, le 3 juillet 1903.

Antécédents. — En 1900, blennorrhagie qui dura un an et demi.
En août 1901. — Syphilis.

En novembre 1901. — Incision d'un abcès périnéal dont on trouve encore la trace.

Vers le milieu de mai 1903, après une grande marche, le malade remarqua que son scrotum augmentait de volume. Il éprouvait à ce niveau une sensation de pesanteur. Peu à peu la masse durcit, son testicule grossit.

Le 1^{er} juillet, il constata que cette masse avait comme éclaté et était venue s'ouvrir au niveau de la peau.

Entré à Civiale le 3 juillet, on l'examina et on vit que la moitié gauche du scrotum était normale. A droite, la peau se trouvait soulevée par une tumeur présentant 3 bosselures superposées : sur la bosselure inférieure la peau était tendue, rouge, luisante, percée d'un petit orifice donnant issue à quelques gouttes de pus. Sur les

deux autres, elle était plissée, un peu violacée, avec des veinules sous-cutanées dilatées.

Le testicule droit paraissait normal, mais en arrière de lui, on sentait une grosse masse indurée non douloureuse, paraissant le recevoir comme une cupule. Cette masse descendait en pointe, mais de sa partie antérieure paraissait se détacher une autre masse sous-cutanée très nettement fluctuante et un peu douloureuse. La peau était adhérente.

Le testicule gauche était normal. *Le 8 juillet 1903, épидidymectomie.*

Le malade sort de l'hôpital quelques jours après l'opération. Il n'avait eu en aucun moment de hausse de température. A la partie supérieure de la cicatrice il y avait une petite fistule.

Reçu le 5 juin 1904, le malade prétend ne plus souffrir du tout du côté droit depuis l'opération. Le testicule a conservé le volume et la souplesse qu'il doit avoir normalement. Mais on sent encore au niveau du canal déférent, contre l'anneau inguinal, un rétrécissement de ce canal. En même temps existe au niveau de la partie la plus supérieure de la cicatrice un point qui semble donner de temps en temps une goutte de sérosité si minime que le malade ne porte pas de pansement. Ce dont il se plaint c'est d'éprouver parfois du côté gauche des poussées de gonflement et de lourdeur. Il existe de ce côté une augmentation considérable de l'épididyme qui atteint le volume du doigt et en même temps un épaississement du canal déférent.

Du côté du périnée, petit orifice minuscule par lequel sortiraient quelquefois quelques gouttes d'urine.

Bon état général. — Sens génital conservé.

OBSERVATION XII (Inédite).

Tuberculose épидidymaire suppurée. Épидidymectomie gauche.

Le nommé J..., âgé de 26 ans, entre à Lariboisière le 20 novembre 1903.

Antécédents. — Pas de blennorrhagies.

A eu autrefois des végétations adénoïdes dans la gorge et a subi l'amygdalotomie.

En 1900, étant au régiment, il ressentit dans le testicule droit des douleurs qui disparurent au bout de 8 jours.

En juillet 1903, fréquentes envies d'uriner. Douleurs à la fin de la miction. — Urines foncées.

En septembre, douleurs dans le testicule gauche.

Le 8 novembre, le malade constata la présence d'un abcès à la partie gauche du scrotum.

Entré le 20 novembre à Civiale, cette collection purulente qui se manifestait par une tuméfaction rouge, chaude, fluctuante, s'ouvrit spontanément pendant la nuit par un orifice situé en bas et un peu en arrière. Il s'écoula d'abord une grande quantité d'un liquide clair, puis du pus jaunâtre mêlé de sang.

A L'EXAMEN, on trouva l'épididyme gauche très volumineux, induré, coiffant en casque le testicule de volume normal. La tête et la queue de l'épididyme étaient également indurées. Le canal déférent était un peu gros.

L'épididyme droit, grossi, présente des bosselures et la queue contient un gros noyau dur.

Le testicule droit est normal.

Le canal déférent du côté droit présente dans sa portion funiculaire un noyau de la grosseur d'une petite noisette.

La prostate est un peu plus grosse et douloureuse à gauche.

Les vésicules séminales sont perceptibles et un peu douloureuses.

Les urines sont troubles.

ÉPIDIDYMECTOMIE : Le 1^{er} décembre 1903. — Incision en avant se recourbant en bas et en dehors pour encercler la portion de peau envahie et rouge entourant la fistule.

La vaginale adhérente au testicule est décollée et on commence la séparation de l'épididyme au niveau de sa tête. Elle se fait mais en entamant le testicule pour dépasser les foyers suppurés qui, en plusieurs endroits, envahissent l'albuginée. Suture de l'albuginée

au catgut. Des débris de vaginale sont rabattus sur la perte de substance résultant de la résection de l'épididyme et sur l'origine du cordon.

Drain.

Réunion du scrotum.

La plaie se réunit par première intention, le malade sort sans fistules.

Nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Épididymite bacillaire fistuleuse gauche. — Épididymectomie.

Le nommé C..., 37 ans, employé de commerce, entre à Lari-boisière, salle Civiale, le 20 mars 1904.

Antécédents. — Écoulement à gonocoques depuis novembre 1903.

Le malade entre pour une tumeur siégeant à la partie inférieure du testicule gauche. Il avait été opéré le 17 février 1904 pour une hydrocèle gauche, et, à cette époque, il portait déjà un noyau épiddymaire de la grosseur d'une noisette. Le surlendemain de cette opération, il remarqua à la partie inférieure du scrotum, du côté gauche, une tuméfaction à peu près indolore qui atteignit en douze jours le volume d'un œuf et qui, le 12^e jour, se vida en laissant échapper un liquide muco-purulent mêlé de sang.

L'EXAMEN du malade, pratiqué salle Civiale, fait constater à la partie postéro-inférieure du testicule droit la présence d'une tumeur atteignant le volume d'une noix et adhérente aux téguments. On voit aussi un orifice fistuleux large de 3 millim., profond de 1 cent. 1/2 et dirigé de bas en haut.

Le *testicule* a conservé son volume normal, mais a une consistance molle.

La tuméfaction est surtout développée en bas. Elle est indolente, dure et présente quelques bosselures,

Le toucher rectal fait constater que la prostate est de volume normal et régulière.

ÉPIDIDYMECTOMIE, le 29 mars 1904, pratiquée par M. Cresson, interne du service. Drainage.

Le malade sort de l'hôpital avec une fistule donnant issue à une très petite quantité de liquide séreux.

Nous avons revu C. ., le 5 juin 1904, et voici ce que nous avons constaté :

Il persiste un petit orifice fistuleux à la partie externe et supérieure du scrotum à gauche. Au-dessous du trajet fistuleux, on sent une induration qui se continue jusqu'à la tête de l'épididyme augmentée, noueuse et non enlevée. Le testicule paraît sain.

Etat général satisfaisant. Sens génital conservé.

OBSERVATION XIV (Inédite).

*Tuberculose suppurée de la queue de l'épididyme à gauche.
Epididymectomie.*

X... , 22 ans. Malade chez lequel M. Hartmann avait fait 16 mois auparavant, en juillet 1901, l'ablation du rein gauche tuberculeux.

En mars 1902, avait eu une petite douleur dans l'aîne gauche. Un docteur de Monte-Carlo constata un peu d'épididymite.

Lorsque M. Hartmann le vit en avril, à son retour de Monte-Carlo, il existait un petit noyau dur au niveau de la queue de l'épididyme. Ce petit noyau persista sans modifications jusqu'au mois d'août. A ce moment, se développa en bas et en arrière un prolongement formant une masse plus volumineuse que le noyau initial, atteignant le volume d'une noisette et se dirigeant vers la peau.

En octobre, le second noyau adhérait un peu à la peau. Il était tendu, rénitent, fluctuant, le noyau initial qui se continuait avec lui restant dur. Le tout était indolent à la pression.

OPÉRATION le 31 octobre 1902. — Résection de la queue de l'épi-

didyme. — M. Hartmann fait au niveau de la queue de l'épididyme une incision de la peau et il ouvre un foyer sous-cutané à pus grumeleux. Puis la saisissant dans une forte pince de Richelot, il enlève en bloc cette cavité abcédée avec le noyau épидидymaire auquel elle est reliée. Pour cela, il ouvre la vaginale qui contient une petite quantité de liquide citrin, il sépare au bistouri la queue de l'épididyme de l'albuginée testiculaire, il remonte jusqu'au dessus du noyau et enlève toute la moitié inférieure de l'épididyme avec la naissance du canal déférent. Reconstitution de la vaginale. Ligature des vaisseaux. Petit drain. Suture de la peau au crin de Florence.

A l'examen histologique, on trouve dans l'épididyme une série de petits noyaux caséeux et une petite cavité abcédée.

L'origine du déférent réséquée est saine.

Cicatrisation de la plaie par première intention.

X. . . est revu en juin 1904 par M. Hartmann qui fait les constatations suivantes :

Testicule normal. Pas de fistules. Pas d'induration. Pas de douleurs. Etat général parfait.

OBSERVATION XV (Inédite).

Tuberculose de l'épididyme gauche. — Epididymectomie.

X. . . , 23 ans a été traité, il y a quelques mois, pour une hydrocèle par un autre chirurgien qui a pratiqué l'éversion de la vaginale.

L'épididyme est du volume du doigt, bosselé, indolent. Le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire au début. Il a notablement maigri et se préoccupe de cette épидидymite qui se développe progressivement depuis l'opération faite contre l'hydrocèle.

OPÉRATION le 29 octobre 1903. — Epididymectomie gauche par M. Hartmann :

Incision sur l'ancienne cicatrice. — On va avec précaution jusqu'au testicule qui adhère aux parties voisines, Dissection de l'épi-

didyme au bistouri. Rapprochement des parties cruentées par des sutures perdues au catgut n° 1.

Crins cutanés.

Réunion sans drainage.

Dans l'épididyme enlevé se trouvent des noyaux caséeux.

Résultat. — Guérison. — En juin 1904, M. Hartmann voit le frère du malade qui lui dit « que son frère va très bien, qu'il ne se plaint plus de rien ».

OBSERVATION XVI (Inédite).

Epididymite gauche suppurée. — Epididymectomie.

X..., 62 ans, a eu en 1897 une épididymite gauche très douloureuse soignée pendant 5 à 6 jours par des sangsues au cordon.

Le testicule gauche est resté plus gros que l'autre avec une sorte de noyau non adhérent, mobile. Depuis cette époque le malade porte un suspensoir grâce auquel il peut reprendre ses habitudes.

En juillet 1903, à Aix-la-Chapelle, après 3 ou 4 jours de traitement pour la goutte, il a eu une poussée qui l'a obligé à garder le lit pendant 5 ou 6 jours. — Application de pommade gaïacol et iode qui détermina vers le 15 août de l'eczéma et de la suppuration cutanée.

Poudre de talc, camomille. Formation de croûtes qui finissent par disparaître.

Le testicule gauche reste sensible. La bosselure antérieure est devenue adhérente depuis la dernière atteinte.

Pas de douleurs à la miction. Pas de fréquence. Une seule fois, en août, le malade a uriné deux gouttes de sang.

Pas de tuberculose dans la famille, sauf peut-être la mère morte à 42 ans d'une maladie de langueur ?

Pas d'antécédents strumeux.

Le malade a du prurigo anal. Il a eu plusieurs gonorrhées, l'une ayant duré un an, mais sans complications.

Il y a 10 ans, à la suite d'une course à cheval, en Amérique, survint un petit écoulement passager par l'urèthre.

EXAMEN DU MALADE. — Moitié gauche du scrotum un peu plus développée que la droite. En avant, on trouve une collection liquide peu considérable dans la vaginale. En arrière, masse volumineuse, bosselée, dure, encadrant le testicule et se continuant en arrière avec un épaissement qui arrive au scrotum et y adhère, la peau s'ombiliquant à ce niveau lorsqu'on veut l'attirer.

Le tout est indolent à la pression.

Rien au toucher prostatique.

ÉPIDIDYMECTOMIE le 31 octobre 1903, par M. Hartmann :

Excision de la partie de la peau scrotale adhérente. Ouverture de la vaginale. Evacuation d'une cuillerée de liquide citrin. Dissection de l'épididyme ; tête et corps sains.

Queue énorme. Tuméfaction d'apparence fibreuse, un peu œdémateuse, se continuant jusqu'à la peau. Au voisinage du testicule plusieurs points suppurés d'où coule un pus fluide. Eversion de la vaginale épaissie. Réunion. Drains.

L'examen histologique fait par M. Lecène, prosecteur à la Faculté, montre qu'il s'agit bien de tuberculose.

Résultat. — Guérison.

En mai 1904, X. . . va toujours très bien. Pas de fistules.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de la tuberculose testiculaire doit être basé sur la marche des lésions : la tuberculose envahit rarement d'emblée le testicule, du moins chez l'adulte ; l'épididyme est toujours pris avant lui. De là ressort l'indication de l'épididymectomie quand les foyers sont encore cantonnés dans le seul épididyme.

II. — L'épididymectomie est une opération d'origine assez récente ; elle n'est pas dangereuse en elle-même. Pas d'accidents. Pas d'hémorrhagies.

III. — Les douleurs disparaissent immédiatement, et, si le sujet présentait des accidents fébriles avant l'opération, la température revient à la normale dans les quelques jours qui suivent et s'y maintient.

IV. — Dans les cas où l'abcès n'est pas ouvert, où la peau n'est pas envahie, la réunion par première intention est toujours obtenue et la guérison est complète sans fistules. Lorsque, au contraire, l'abcès est fistulisé, soit que l'ouverture ait été le résultat de l'évolution spontanée de la lésion, soit qu'il y ait eu incision de la collection, les résultats sont moins bons, et, dans quelques cas

où la réunion par première intention n'a pas lieu, persiste même pendant un certain temps un trajet fistuleux.

V. — Dans tous les cas, qu'il y ait ou non persistance d'une fistule, le testicule conservé ne semble pas subir d'atrophie, garde son volume normal. Les fonctions génitales ne sont pas modifiées, sauf au point de vue de la fécondation.

Le malade n'a en somme pas la notion qu'il lui manque quelque chose au niveau de son testicule.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RECLUS.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1803. — **Bayle.** *Journal de Corvisart.*
1830. — **A. Cooper.** *Traité des maladies du testicule.*
1850. — **Malgaigne.** Des tubercules du testicule et de leur traitement. *Gaz. des Hôp.*, 3^e série, t. II, p. 354.
— Tubercules du testicule. Résection. Phtisie pulmonaire aiguë. *Gaz. des hôp.*, 3^e série, t. II, p. 457.
1854. — **Dufour.** Thèse de Paris.
1876. — **Reclus.** *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.* Th. Paris.
1882. — **Verneuil.** Tuberculose testiculaire. Traitement par la cautérisation ignée. *Gaz. des hôp.*, t. LV.
1882. — **Guelliot.** Thèse de Paris.
1885. — **Fernet.** De l'infection tuberculeuse par la voie génitale. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 1885.
1886. — **Monod et Terrillon.** *Traité des maladies des organes génito-urinaires.*
1887. — **Cayla.** Thèse Paris.
1888. — **Villeneuve.** Traitement du testicule tuberculeux. *Marseille méd.*
1888. — **Reclus.** De l'infection tuberculeuse par la voie génitale. *Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu.*
1889. — **Wiessler.** *Etude sur la tuberculose primitive du testicule.* Thèse Munich.
1890. — **Villeneuve.** Tuberculose du testicule. Epididymectomie. *Marseille médical.*
1890. — **Weiss.** Troubles nerveux et psychiques après castration double. *Wien. chir. Press.*, n° 22 et 23).
1890. — **Gombaud.** Th. Bordeaux.
1899. — **Dürr.** *Beitrag zur klinische Chir. von BRUNS.*
1891. — **Villeneuve.** Epididymo-vésiculectomie dans la tuberculose testiculaire. *Marseille méd.*
1891. — **Guyon.** *Ann. des maladies des organes génito-urinaires.*
1891. — **Le Dentu.** Des délires post-opératoires. Cas de délire après intervention sur l'appareil génital de l'homme. *Médecine moderne*, nos 4 et 5.
1893. — **Gray.** Connexions étiologiques entre les maladies du système génital mâle et l'aliénation mentale (New-York).
1894. — **Euvrard.** Th. Paris.
1895. — **Villard.** Th. Lyon.

1895. — **Lejars**. Traitement de la tuberculose testiculaire. *Leçons de chir.*
1895. — **Krœmer**. Castration et névrose.
1896. — **Guisy**. Affections des organes génito-urinaires des deux sexes comme causes de troubles des facultés intellectuelles. *Progrès médical*, 13 juin.
1896. — **Quénu**. Traitement opératoire de la tuberculose épидидymaire. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. Paris*.
1896. — **Fays**. Th. Paris.
1896. — **Salles**. *Prothèse testiculaire*. Th. Bordeaux.
1896. — **Tillaux**. Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire. *Bull. médical*.
1897. — **Chassin**. *Opérat. économiques dans la tuberculose testiculaire*. Th. Lyon.
1897. — **Quénu**. Traitement opératoire de la tuberculose épидидymaire. *Gaz. médicale*.
1897. — **Duplay**. *Bull. méd.*
1897. — **Mac Guffie**. Th. Paris.
1897. — **Dimitresco**. Th. Paris.
1898. — **Audebal**. Th. Paris.
1898. — **Platon**. Th. Montpellier.
1898. — **Vouillac**. Th. Paris.
1899. — **Dumont**. Th. Paris.
1899. — **Legueu**. *Rev. intern. de chir. et de méd.*, oct.
1900. — **Malinsky**. Th. Paris.
1900. — **Berthelot**. Th. Paris.
1900. — **Sarraute**. Th. Toulouse.
1900. — **Ropers**. Th. Bordeaux.
1900. — **Lanz**. Castration oder resection des nebenhodens bei epididymitis tuberculosa. *Deutsche ztschr. f. chir.* Leipzig.
1900. — **Paladino-Blandini**. La tuberculose de l'épididyme dans ses rapports avec le mode de propagation des micro-organismes le long des voies de l'appareil génito-urinaire. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, Paris 1900.
1901. — **Nessé (Carl)**. *Ueber die Behandlung der orchitis und epididymitis tuberculosa*. Inaug. dissert. Hall, août 1901.
1902. — **Lejars**. Chirurgie du testicule tuberculeux. *Semaine médicale*, Paris, 1902.
1902. — **Lasource**. L'Eunuchisme. *Vie médicale*, Paris.
1902. — **Abell**. *Treatment of tuberculosis of testicle and epididymis*.
1904. — **Hartmann**. *Organes génito-urinaires de l'homme*. (Traité de méd. opératoire et de thérapeutique chirurgicale publié sous la direction de MM. BERGER et HARTMANN). Paris, G. Steinheil, éditeur.